Münster 1936_No 97

Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster in Westfalen.
Direktor: Professor Dr. med. Többen.

Folgezustände der mechanischen Abtreibungen und Abtreibungsversuche in gerichtsärztlicher Beleuchtung.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster i. W.

vorgelegt von

Ass.-Arzt Alfons Graßl
aus Deggendorf

Buch- und Kunstdruckerei Wilh. Postberg, Bottrop i. W.
1936

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)

Referent: Professor Dr. med. Többen
Tag der mündlichen Prüfung: 1. Juli 1936
dz. Dekan: Professor Dr. med. Jötten

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Inhaltsverzeichnis:

I. Einleitung:

1. Die Fruchtabtreibung, ein wesentlicher Grund für den Geburtenrückgang in Deutschland.
2. Gesetzliche Maßnahmen des Staates zur Verhütung der Abtreibungen.
3. Die Arten von mechanischen Abtreibungen und die damit verbundenen Gefahren.

II. Durchführung:

1. Unmittelbare Folgen der mechanischen Abtreibungen.
   a) Bericht von Katz über Nebenverletzungen und ihre Folgen.
   b) Anführung der unmittelbaren Folgezustände, die entstehen durch Blutungen, Nebenverletzungen, Aetzwirkung und Resorption eingeführter Substanzen, durch Embolie und Infektion.
2. Spätfolgen der Schwangerschaftsunterbrechungen.
   a) Entzündliche und degenerative Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und ihre körperlichen und seelischen Folgezustände.
   b) Einige Berichte über Spätfolgen nach Aborten aus der Literatur der letzten Jahre.

III. Schluß:

1. Zusammenfassung.
2. Grund der Abortzunahme in den Nachkriegsjahren.
3. Stellungnahme des Arztes zur Frage der Abtreibung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547203_0163

I. Einleitung:

Der Bestand eines Volkes kann nur dann erhalten bleiben, wenn die Zahl der Geburten die Zahl der Todesfälle zum wenigsten erreicht oder sie übersteigt.

In Deutschland liegen die Verhältnisse so, daß nur auf dem Lande, wo auf zehn Familien etwa 35 Kinder kommen, die Kinderzahl den Volksbestand für die Zukunft sichern kann, während in der Stadt auf zehn Familien nur noch 15 Nachkommen gerechnet werden können. Der nationalsozialistische Staat hat in den vergangenen Jahren mit dem Einsatz aller seiner Mittel daran gearbeitet, im Volke den Willen zum Kinde wieder zu heben und bereits bemerkenswerte Erfolge erzielt. Zu diesem großen Aufgabenkreis gehört auch die Bekämpfung der Fruchtabtreibung, die sich besonders in den Nachkriegsjahren in weiten Volkskreisen breit gemacht hat; denn durch sie geht dem Volke jährlich eine große Anzahl von Menschenleben verloren. Außerdem verbleiben den Frauen, die davon betroffen werden, häufig kaum wieder gut zu machende körperliche und seelische Schäden.

Die Gefahren, die dem deutschen Volke durch die Fruchtabtreibungen drohen, hat der Staat schon frühzeitig erkannt, und er suchte sie mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln zu bannen. In diesem Sinne waren folgende Paragraphen 218, 219 und 220 aus dem Jahre 1871 des Strafgesetzbuches abgefaßt:

§ 218. Eine Schwangere, welche ihre Frucht vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleibe tötet, wird mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren bestraft.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter sechs Monaten ein.

Dieselben Strafvorschriften finden auf denjenigen Anwendung, welcher mit Einwilligung der Schwangeren die Mittel zu der Abtreibung oder Tötung bei ihr anwendet oder ihr beigebracht hat.

§ 219. Mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer einer Schwangeren, welche ihre Frucht abgetrieben oder getötet hat, gegen Entgelt die Mittel hierzu verschafft, bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.

§ 220. Wer die Leibesfrucht einer Schwangeren ohne deren Wissen oder Willen vorsätzlich abtreibt oder tötet, wird mit Zuchthaus nicht unter zwei Jahren bestraft.

Ist durch die Handlung der Tod der Schwangeren verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter zehn Jahren oder lebenslängliche Zuchthausstrafe ein.

Diese Paragraphen schützten durch schwere Strafandrohungen in erster Linie das keimende Leben. Zugleich aber bewahrten sie auch die Mutter vor lebensbedrohenden Gefahren, die mit einer Schwangerschaftsunterbrechung verbunden sind. Leider wurden in einer vergangenen Zeit diese alten Paragraphen weitgehend gelockert und im Jahre 1926 der neue § 218 geschaffen, der weitgehende Strafmilderungen für Vergehen gegen das keimende Leben brachte. (Vgl. S. 33.)

Nachstehende Ausführungen sollen dazu dienen, einen Ueberblick zu geben über die Folgezustände, die sich für die Mutter direkt im Anschluß an mechanische Abtreibungen und späterhin ergeben. Zum besseren Verständnis sei jedoch zunächst von den Arten der mechanischen Abtreibungen und den Gründen der Gefährlichkeit derselben die Rede.

Für eine mechanische Schwangerschaftsunterbrechung eignet sich jeder Gegenstand, der in die Gebärmutter eingeführt werden kann und der dann durch die Verletzung der Fruchtblase oder durch seine Eigenschaft als Fremdkörper den Uterus zur Wehentätigkeit anregt. Solche Gegenstände, die zu diesem Zwecke sogar hergestellt werden, stehen der breiten Volksmasse unbegrenzt zur Verfügung. Die bezweckte Ausstoßung der Frucht wird bei dieser Art der Unterbrechung fast immer erreicht.

Eine große Anzahl von Werkzeugen in mannigfachster Form, die für Abtreibungszwecke verwandt wurden und werden, sind im Schrifttum bekannt, und es sei nur eine kleine Auswahl davon angeführt. An führender Stelle stehen der männliche Gummikatheter, Bougies, Obturatöre, Gummiballons, Mutterspritzen mit spitzem Metallansatz, Steriletts, ferner Metallsonden, Hornnadeln, Hühnerfedern, Federhalter, Wurzeln usw.

In den letzten Jahren suchte man häufig durch Einspritzung von Flüssigkeiten in die Gebärmutter den Abort in Gang zu bringen, insbesondere verwendete man dabei zellschädigend wirkende Alkalien und Säuren, wie Seifenlauge, Chlorzinklösung, Essigsäure usw. Die Wirkung einer solchen Einspritzung ist eine mechanische und beruht meistens darauf, daß das Ei von der Unterlage abgehoben wird und dann abstirbt. Außerdem kann auch durch eine starke Aetzwirkung auf die Uterusschleimhäute und das Ei der Fruchttod erfolgen.

Jede auf mechanischem Wege herbeigeführte Schwangerschaftsunterbrechung birgt Gefahren in sich, insbesondere, wenn sie durch Laienhand ausgeführt wird; denn dem Laien fehlen die anatomischen Vorkenntnisse, ferner ist er nicht unterrichtet über die Grundsätze der Asepsis. Außerdem verfügt er nicht über die erforderliche manuelle Geschicklichkeit.

Sehr überzeugend weist Liepmann[1]) auf die Gefahren der mechanischen Schwangerschaftsunterbrechung hin. In seinem Buch

[1]) Liepmann: Die Abtreibung. Eine medizinisch-soziologische Studie in bildlichen Darstellungen für Aerzte, Juristen und Soziologen. Verl. Urban & Schwarzenberg, Berlin 1927. S. 6.

„Die Abtreibung“ spricht er auf S. 6 zunächst einleitend über die Topographie des Uterus, der in unmittelbarer Nähe der Hohlorgane wie Blase, Mastdarm und Dünndarm liegt und zeigt uns weiterhin die Veränderungen desselben mit der Entwicklung der Schwangerschaft auf, insbesondere erwähnt er das Abnehmen der Wandstärke des Corpus uteri und das Zunehmen der Weichheit seines Gewebes im Verlauf der Schwangerschaft. Dann fährt er fort:

„. . . Während so der den Keimling umschließende Anteil der Gebärmutter sich mehr und mehr verdünnt und erweicht, bleibt der Halskanal, der die Verbindung zwischen Gebärmutterhöhle und Scheide darstellt, von festen Gewebsmassen eng umschlossen. Wie es unmöglich ist, zu einem verschlossenen Geldschrank zu gelangen, wenn man keinen Schlüssel dazu besitzt, und wie man durch das Sauerstoffgebläse unter Vernichtung der Substanz ihn seines Gehaltes berauben kann, so ist begreiflicherweise ebenso der gewaltsame Zugang zum Ei mit Quetschungen und Zerreißungen zu mindesten des Halskanals, bei falschem Wege aber auch der Nachbarorgane, unvermeidlich.

Ist diese Gefahr schon bei normaler Lage und normalem Sitz der Organe, wie die anatomischen Verhältnisse zeigen, riesengroß, so wächst sie ins Uferlose, wenn Lageveränderungen oder eine falsche Eiansiedlung, die nicht nur im Gebärmuttergrund, wie normal, sondern auch im Eileiter, im Eierstock und in der Bauchhöhle erfolgen kann, sie komplizieren.

Zu allen diesen durch die Anatomie gegebenen Gefahren kommt schließlich noch eine nicht zu unterschätzende Gefahr hinzu, die in der erhöhten Empfänglichkeit des weiblichen Körpers in der Schwangerschaft gegenüber Spaltpilzen (Bakterien) besteht. Diese erhöhte Empfänglichkeit gegenüber Fremdkeimen in der Schwangerschaft ist ja auch die Ursache des Auftretens von Kindbettfieber, ohne daß von irgendeiner außenstehenden Person die Fremdkeime eingeführt werden können, nämlich in den Fällen, in denen weder Untersuchung noch Hilfe von Hebamme und Arzt bei der Geburt stattgefunden haben.

Bei den Aborten aber, bei denen, wie wir gesehen haben, nahezu 99 % bewußt in Gang gebracht werden, können durch Hunderte von Manipulationen von Frauen selbst und dritten Personen Keime in das Innere der Scheide und weiter in die Gebärmutterhöhle gelangen. . . .“

Zu diesen Ueberlegungen kommt noch die Erkenntnis, daß die Schwangerschaftsunterbrechung, wie der Name schon besagt, einen Eingriff in die Naturvorgänge darstellt, die sich seit Bestehen des Lebens in ununterbrochener Reihenfolge abwickeln und allein ein Weiterbestehen des Lebens gewährleisten. Mit der Stunde der Vereinigung der männlichen und weiblichen Zelle gehen ja nicht nur lokale Veränderungen in der Gebärmutter vor sich, sondern es erfolgt auch eine Umstellung in der hormonalen Zusammenarbeit

des mütterlichen Organismus. Durch den plötzlichen Ausfall des Hormonaustausches zwischen Mutter und Kind, sowie der Inkrete des Corpus luteum und der Placenta muß es zu endokrinen Störungen kommen.

II. Durchführung:

In den weiteren Ausführungen will ich zuerst von den unmittelbaren Folgen im Anschluß an den mechanisch eingeleiteten Abort sprechen. Einen kurzen Einblick darin gibt uns Heinrich Katz[2]), der an Hand von 54 Abortfällen, bei denen die Uteruswand durchstoßen wurde, die Art der Perforation und das Schicksal der in den Bauchraum gelangten Instrumente schildert. Auf Seite 618 der deutschen Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin I. Band 1922 schreibt er folgendes:

„... Die nach Perforation des Uterus in den Bauchraum gelangten Instrumente können entweder extra- oder intraperitoneal gelagert sein. Sowohl bei diesem wie bei jenem Verhalten können sie im kleinen Becken oder in der großen Bauchhöhle gefunden werden. Extraperitoneal finden wir die Fremdkörper meist dann gelagert, wenn die Wunde im Uterus so gelagert ist, daß das Instrument, ohne Widerstand zu finden, ins subseröse Gewebe nachgleiten kann, was bei Durchbohrungen der Cervix, die so häufig seitlich sitzen, besonders leicht der Fall ist. Im Parametrium erzeugt nun der Fremdkörper, mit dem gleichzeitig mehr minder virulente Keime eingeschleppt zu werden pflegen, die Zeichen und Beschwerden einer Beckenzellgewebsentzündung, die die Frauen zum Arzte führt, manchmal aber bleibt er gänzlich symptomlos liegen. In der Regel kommt es zu größeren und kleineren Exsudaten, die leicht vereitern und zu Absceßhöhlen werden, welche die Frauen durch das remittierende Fieber, die Schmerzen, die häufigen Blasen- und Mastdarmbeschwerden schwer herunterbringen. In nicht wenigen der mitgeteilten Fälle kommt es zum spontanen Durchbruch der Abscesse. Sie entleeren sich dort, wo parametrane Eiterhöhlen durchzubrechen pflegen, die hochsitzenden meist oberhalb des Poupart'schen Bandes, auf einer Darmbeinschaufel, bei Ausbreitung des Prozesses im Cavum Retzii oberhalb der Symphyse, in den Darm, die Blase, die Scheide, das Mittelfleisch, in seltenen Fällen bei Aufsteigen der Eiterung gegen das Lager der Niere als paranephritischer Absceß und endlich, was das Schlimmste ist, nach der freien Bauchhöhle zu.

---

[2]) Heinr. Katz: „Folgen und Ausgänge perforierender Gebärmutterverletzungen nach mechanischen Eingriffen mit Einwandern des verletzenden Werkzeuges in die Bauchhöhle." Deutsche Zeitschr. f. d. ges. ger. Med. 1922, 1. Bd., S. 601 ff.

Bei intraperitonealer Lage des Fremdkörpers ist der Sitz in der großen Bauchhöhle entschieden häufiger, wenn auch im hinteren Douglas und in der Gegend der Adnexe die perforierenden Instrumente gefunden wurden. Für die Wanderung des Fremdkörpers im Cavum peritonei ist wieder die Lage der Perforationsöffnung von wesentlichem Belang, da eine fundale Verletzung dem Werkzeug ganz besonders leicht den Weg in die Bauchhöhle bahnt. Darmbewegungen, von denen das Instrument mitgenommen werden kann, eine glatte Oberflächenbeschaffenheit, allenfalls auch aktive und passive Lageveränderungen des Körpers tun ein übriges, und so kann es nicht wundernehmen, wenn wir den Fremdkörper weit ab von der Perforationsstelle zwischen den Därmen, oder unter der Leber, der Milz, unter dem Zwerchfell und sogar jenseits desselben finden. Mit dem Fremdkörper können im Bauchraume mannigfache Veränderungen einhergehen. Die Fälle, in denen sie frei in der Bauchhöhle liegen, sind die Ausnahmen. Meist hat dann das Instrument nur ganz kurze Zeit bewegungslos gelegen und besitzt eine glatte Oberfläche, wie H. v. Bayer[3]) in seiner experimentellen Arbeit gezeigt hat. Viel häufiger sind sie eingekapselt, wobei meist das Netz die Hülle bildet, die schon nach wenigen Tagen des Verweilens im Bauche vorhanden sein kann. Verklebungen mit der Bauchwand, mit den verschiedensten Organen der Bauchhöhle, Drucknekrosen der Darmwand, Einwandern in die Darmlichtung unter Erscheinungen örtlich begrenzter Bauchfellentzündung sind häufige Vorkommnisse, wie die Durchsicht der zusammengestellten Fälle lehrt. Des öfteren wird ein Bauchwandabsceß gefunden, der an der Stelle des geringsten Widerstandes durch die Bauchdecken durchbricht, nämlich in der Gegend des Nabels, womit die Selbstheilung durch Ausstoßen des Fremdkörpers bewerkstelligt wird. Während solche Prozesse eine langwierige und schmerzhafte Erkrankung bedingen, machen anderseits wieder Fremdkörper in der freien Bauchhöhle keinerlei Beschwerden. Ob sie aber dauernd symptomlos getragen werden können, läßt sich im voraus nicht bestimmen; selbst wenn sie auch lange Zeit keine Störungen verursacht haben....

...Wird ein Arzt vielleicht viele Monate, ja Jahre nach einem solchen Eingriff mit den geschilderten Folgen zu einer Patientin gerufen, die unbestimmte und wenig eindeutige Krankheitserscheinungen zeigt, so wird er an alles andere eher denn an einen Fremdkörper denken, zumal ihn auch die Angaben seiner Patientin fast immer im Stiche lassen werden. So ist für den Arzt aller Grund vorhanden, ebensogut eine vom Genitale ausgehende Erkrankung entzündlicher Natur, wie eine Appendicitis, eine Tubenschwangerschaft, einen Tumor, eine Erkrankung der Nieren, einen Darmverschluß anzunehmen, indessen ein Fremdkörper das unverständliche Krankheitsbild hervorbringt. Und in der Tat wird die richtige Diagnose so gut wie niemals gestellt, auch nicht in Fällen von kur-

[3]) Bayer, H. v.: „Fremdkörper im Organismus. Einheilung. Bruns Beitr. zur klin. Chirurg. 58.

zem Verweilen des Instrumentes in der Bauchhöhle, es sei denn, daß die Frau selbst die Wahrheit gesteht. Das sind aber ganz seltene Ausnahmen....

Eines ist sicher: Das Schicksal der Frauen ist in der größten Mehrzahl derartiger Fälle bereits mit dem die Verletzung bedingenden mechanischen Eingriff entschieden. Sind durch diesen hochvirulente Keime in die Bauchhöhle gebracht worden, so kommt die Operation, wenn sie nicht im unmittelbaren Anschluß an die Verletzung gemacht wird — und das war in keinem einzigen der mitgeteilten Beobachtungen der Fall —, fast stets zu spät. Ist aber einige Zeit hingegangen, konnte der Körper eine etwa eingetretene Eiterung durch Abkapselung und Membranbildung örtlich abgrenzen, dann darf man hoffen, daß ... doch nach längerem und oftmals schwerem Krankenlager Genesung eintritt...."

Diese Ausführungen von Katz lassen uns schon ahnen, wie schwer die Folgen nach einem mechanischen Abort sein können. Dabei sind hier nur die Komplikationen nach Uterusverletzungen erwähnt. Ueber die Vielgestaltigkeit der Folgezustände sowohl bei der Einleitung als auch nach einer vollendeten Fruchtabtreibung soll im folgenden berichtet werden.

Eine fast regelmäßige und am meisten gefürchtete Erscheinung bei einem kriminellen Abort ist die Blutung, die für gewöhnlich aus den eröffneten Placentargefäßen stammt, die aber auch von Verletzungen im Genitaltraktus herrühren kann. Der Blutverlust an und für sich führt sehr selten zum Tode. Verblutungen wurden besonders bei Frauen mit schwerem Herzleiden, ferner auch bei konstitutionell minderwertigen Frauen beobachtet. Ueber zwei Fälle von Verblutungstod nach einem Abort berichtet Baß.[4])

Der erste Fall sei hier nur zusammenfassend aufgeführt. Es handelte sich um eine 20jährige Patientin, die am Tage vor der Krankenhausaufnahme stark zu bluten begann. Da der zugerufene Arzt die Blutung auch durch eine Uterustamponade nicht zum Stehen brachte, lieferte er die Patientin ins Krankenhaus ein. Dort stellte man auf Grund einer inneren Untersuchung die Diagnose: „Abortus incompletus mens III." Wegen der hochgradigen Anämie wurden zur Vermeidung weiterer Blutungen die restlichen Placentarreste entfernt und zur besseren Kontraktion des Uterus eine heiße Uterinspülung vorgenommen. Der daniederliegende Kreislauf wurde durch Kampfer- und Coffeininjektionen gestützt, außerdem eine Kochsalzinfusion und eine Autotransfusion durch Hochlagern der Beine durchgeführt. Daraufhin ging es der Patientin etwas besser. Jedoch traten eine Stunde später plötzlich starke Unruhe und Atemnot auf und die Patientin starb. Ueber die Sektionsdiagnose und den zweiten Fall von Verblutungstod schreibt B. folgendes:

---

[4]) Baß, Franz: „Ueber Verblutungstod bei Abortus", Ztbl. f. Gynäkologie 1927, S. 1119—1123.

„Die Sektion ergab einen über mannsfaustgroßen, nicht involvierten puerperalen Uterus (Abortus vor wenigen Tagen), ein zweikronenstückgroßes Koagulum im Corpus uteri, frische Thrombose der Uterinvenen in beiden Parametrien, ein kirschkerngroßes Corpus luteum im linken Ovar, mehrere bis erbsengroße Follikelhaematome in beiden Ovarien. Allgemeine Anämie. Spärliche Pleuraverwachsungen an der rechten Lunge, frische Ekchymosen im Endokard des linken Ventrikels.

Der zweite Fall verlief noch akuter, so daß von therapeutischen Maßnahmen gar nicht die Rede sein konnte. Die Patientin wurde moribund in vollkommen bewußtlosem Zustande eingeliefert, mit hochgradigster Anämie, kaum tastbarem Puls und terminalem Atmen. Anamnese und Status konnten daher nicht aufgenommen werden. Der begleitende Mann gibt an, daß die Frau bereits am Morgen ziemlich stark geblutet habe, doch da der Zustand ihm nicht gefährlich erschien, sei er wie gewöhnlich an die Arbeit gegangen und habe seine Frau alleine zu Hause gelassen. Als er abends nach Hause kam, habe er sie ganz blaß, doch noch bei Bewußtsein angetroffen, das Bett sei voller Blut gewesen und zahlreiche durchblutete Wäschestücke und Tücher seien neben dem Bett gelegen. Der nun herbeigerufene Arzt ließ die Patientin sofort in die Klinik schaffen. Während des Transportes verschlechterte sich der Zustand wesentlich. Auf die Frage, ob der Abortus künstlich eingeleitet worden sei, antwortete er ausweichend, er wisse es nicht genau, doch habe seine Frau sich mit der Absicht getragen, zu einer Hebamme zu gehen.

Der gynäkologische Befund zeigt: Ein Tampon in der Vagina, keine Blutung. Cervikalkanal für einen Finger offen. Das Corpus uteri gänseeigroß, anteflektiert, gut beweglich. Die Adnexe und Parametrien frei. Aus dem Uterus wird ein nußgroßer Placentarrest entfernt.

Es werden sofort Cardiaca intravenös gegeben, doch stirbt die Patientin einige Minuten nach der Aufnahme, knapp nach der gynäkologischen Untersuchung.

Die Sektion ergab schwerste Anämie, die inneren Organe sind sonst völlig normal, jedoch sehr zarter Klappenapparat des Herzens und sehr zartes Gefäßsystem. Die Vagina weit, die Schleimhäute sehr blaß, unverletzt. Der Uterus ist 11 cm lang, 8 cm breit, seine Wand 2 cm dick, sehr schlaff. Der äußere Muttermund für drei Finger bequem durchgängig, die Schleimhaut des Uterus außerordentlich blaß, im Grunde des Uterus haften der Hinterwand kleine Residuen der Placenta an, in der Ausdehnung eines Fünfkronenstückes. Aus dem durchschnittenen Uterus entleert sich aus den Gefäßen fast gar kein Blut. Tuben und Ovarien sind normal. Im rechten Ovar ein bohnengroßes Corpus luteum.

Auf die Gesamtzahl unserer Abortfälle vom Jahre 1917 bis Ende August 1926 berechnet, ergibt sich eine Mortalität an Verblutung von 0,43 pro Mille. . . ."

Daß solche Blutungen nicht immer aus der Placentarstelle zu kommen brauchen, sehen wir an einem Fall von Fr. Müller[5]):

„Ende Mai dieses Jahres wurde eine 31jährige Primapara in sehr anämischem Zustand in meine Klinik eingeliefert, die angab, im dritten Monat schwanger zu sein und am Morgen ganz plötzlich eine starke Genitalblutung bekommen zu haben. Die Untersuchung ergab folgenden überraschenden Befund: Schwangerschaft im dritten Monat, Scheide stark dilatiert und mit großen Blutkoagula ausgefüllt. Nach Entfernung derselben und Einstellung der Portio sieht man, daß das Blut nicht aus dem Muttermund kommt, sondern in einem stricknadeldicken, hellroten Strahl ruckweise aus einer Wunde hervorschießt, die sich rechts an der Portio, etwa 2 cm unterhalb der Blasenfalte, befindet. Diese Wunde ist ungefähr ¾ cm lang, hat nicht ganz scharfe Ränder und liegt im Bereich eines Gefäßbündels, das in ungewöhnlich deutlicher und plastischer Form rechts oben in der Blasenumschlagsfalte hervortritt und schräg abwärts nach links zum äußeren Muttermund verläuft....

Die Therapie bestand in einer doppelten Umstechung des Gefäßbündels, die die Blutung zum Stehen brachte.

Die Patientin, die anfangs jeden kriminellen Eingriff leugnete, gab später zu, den Versuch gemacht zu haben, sich einen langen, schmalen Schraubenzieher in die Gebärmutter einzuführen.

Nach dieser Angabe muß die Verletzung so zustande gekommen sein, daß die Frau den Muttermund verfehlte und mit dem scharfen Ende des Schraubenziehers das Gefäßbündel, das an und für sich an dieser Stelle einen seltenen Befund darstellt, angeschnitten hat."

Daß die Verletzungen, die bei einer mechanischen Abtreibung verursacht werden können, außer der eben erwähnten Blutung noch größere Gefahren mit sich bringen, haben wir in den Ausführungen von Katz eingehend erfahren. Dieselben können die Vulva, die Vagina und das paravaginale Gewebe, das vordere und hintere Scheidengewölbe, den Uterus und seine Adnexe, die Blase, den Mastdarm und das Peritoneum treffen. Besonders gefährlich sind sie, wenn das Peritoneum verletzt und dadurch die Bauchhöhle eröffnet wird. So ist es schon vorgekommen, daß Dünn- und Dickdarmschlingen hervorgeholt wurden, oder daß die Blasenwand und Stücke des Ureters herausgerissen wurden. Eine sehr große Anzahl von Nebenverletzungen wird durch Aerzte gesetzt, wenn sie einen im Gang befindlichen Abort zu beendigen haben. Das hat vor allem Bumm[6]) in einer Sitzung der Gynäkologischen Gesellschaft zu Berlin am 14. 1. 21 hervorgehoben. Er äußerte damals, daß schwere Verletzungen der Gebärmutter und der Därme mit in erster Linie von

---

[5]) Müller, Fritz: „Arterielle Blutung aus einer Schnittverletzung der Portio bei versuchtem kriminellen Abort." Ztbl. f. Gyn. 1930. Bd. 54, S. 2963.

[6]) Liepmann: „Die Abtreibung..." a. a. O., S. 10.

Aerzten und nicht von gewerbsmäßigen Abtreibern verschuldet werden. Nach einer Statistik Herbigs[7]) aus den Jahren 1910 bis 1923 waren in den Hamburger staatlichen Krankenanstalten und Privatkliniken bei 134 beobachteten Perforationen des Uterus in 93 Fällen Aerzte, in 5 Fällen Abtreiber und in 22 Fällen die Frauen selbst die Urheber. In 14 Fällen blieb dieser unbekannt. Von Aerzten wurden 40 Perforationen durch die Kürette, 28 durch Dilatatoren, 9 durch Abortzangen, 5 durch den Finger, 5 durch die Kornzange und eine durch einen Laminariastift herbeigeführt.

Ungleich schwer und unheilvoll sind die Auswirkungen nach Scheiden- und Uterusspülungen mit den oben aufgeführten Säuren und Laugen zum Zwecke der Abtreibung. Und gerade diese Methode erfreute sich in den Nachkriegsjahren einer besonderen Beliebtheit.[8]) Deshalb möchte ich auf die Wirkungsweise der Säuren und Alkalien auf Schleimhäute näher eingehen. L. Lewin[9]) schreibt in seinem Buch auf S. 276 folgendes:

„1. Eiweiß fällende Aetzgifte.

Wirkt ein solches Gift in geeigneter Konzentration auf ein weiches, feuchtes Gewebe ohne Hornschicht, so betätigt es seine chemische Beziehung zu dem erreichbaren zellularen und intrazellularen Eiweiß fast augenblicklich, an der Oberhaut etwas langsamer. Es treten Fällungs- bzw. Gerinnungsvorgänge ein. Das morphologisch organisierte, mit seiner Umgebung organisch im Zusammenhang stehende, nach biochemischen Gesetzen sich wandelnde lebende Eiweiß wird zu einem unorganisierten, toten....

Die Koagulationsnekrose am lebenden Gewebe ist, bis auf seltene Ausnahmen, in der Fläche und Tiefe begrenzt. Sie reicht nicht weiter als das Aetzmittel berührt hat. Schon die erste oberflächlichste Schicht des ausgefällten Eiweißes mindert das Weitervordringen des Aetzmittels. Es kann sich die Wirkung des letzteren durch Bindung an Eiweiß erschöpfen, am schnellsten bei der Bildung von Metallalbuminaten, etwas langsamer bei Säurealbuminaten. Hiernach vollzieht sich die Wirkung des Giftes im schnellen Ansturm. Was an späteren, tieferen Veränderungen als Abhängigkeits- und Nachleiden, von primär geschädigten Geweben aus, an Symptomen auftritt, kann wohl von der Stärke der Verätzung an sich quantitativ beeinflußt sein, ist aber, bis auf einzelne Ausnahmen nicht die Folge des weiten Vordringens des Aetzmittels.

2. Eiweiß kolliquierende Stoffe.

Die ätzenden Alkalien entfalten ihre Wirkung auf einer ganz anderen Grundlage als die Säuren und die meisten Metalle, Metal-

[7]) Halban-Seitz: „Biologie und Pathologie des Weibes." Jg. 1927, Bd. 7, 1. T. S. 584. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin.

[8]) Polano: „Ueber kriminelle Schwangerschaftsunterbr. mittels Seifenlösung." Münch. Med. Wochenschr. Jg. 73, S. 1317, 1926.

[9]) Lewin, L.: „Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel." Verlag Georg Stilke, Berlin 1925. S. 276.

loide usw. Sie belassen das Eiweiß der Zellen oder des interzellularen Gewebes scheinbar noch in ihrem normalen Gefüge. Sie durchdringen es je nach ihrer Eigenart, schneller oder langsamer — die flüchtigen wie Ammoniak, dringen alsbald jäh und tief ein, und die laugigen, wie Pottasche, Soda, Natronlauge, bringen, abhängig von ihrer Konzentration, ihrer Wärme und der Berührungsdauer, in stetigem, schichtweisem Vorrücken in den Geweben deren Eiweiß bzw. Hornstoff in den Zustand der Kolliquation. Das betroffene Gewebe imbibiert sich unter glasigem Aufquellen. Dieses Stadium stellt die Umwandlung des Eiweißes in Alkalialbuminat dar. Keine Barriere hindert das Vordringen des Alkalis in die Tiefe. Jedes, auch das kleinste Alkalialbuminatteilchen dient als Ueberträger des Giftes auf das nächste Eiweißteilchen. Die Wirkung des Aetzalkalis kann sich hier sehr bald nicht erschöpfen, weil das von ihm gebildete Eiweißprodukt noch einen Teil seiner örtlichen Giftwirkung besitzt. Daher ist auch das Auswaschen des Alkalis sehr schwierig, wenn nicht unmöglich. Die Farbe der auf diese Weise verätzten Gewebe verrät dem Uneingeweihten nicht die Schwere der Veränderung. Gerade die geschilderte Uebertragung des Giftes, nicht auf dem Wege der Resorption, sondern per contiguitatem, lassen die Möglichkeit ins Auge fassen, daß das Aetzalkali unter ungünstigen Verhältnissen in entfernter liegende Gewebsstrecken gelangt. Selbst wenn die Gefäßwände angeätzt werden, so bietet das ergossene Blut durch die rubinrote Färbung des entstandenen alkalischen Haematins dem Kundigen einen Hinweis auf die innerlichen Vorgänge seiner Veränderung."

Der großen Gefahrenmomente, welche die Anwendung dieser Abtreibungsmittel in sich birgt, ist sich der Laie unmöglich bewußt, sonst könnte er nie zu diesen greifen. Dem Arzt, der die Folgezustände nach solchen Abtreibungsmethoden, ganz besonders mit Verwendung der Seifenlauge sieht, ist es bekannt, welche nicht wieder gut zu machende Schäden diese Substanzen im Bereich der Geschlechtsorgane und im ganzen Körper hinterlassen. Durch Verätzungen entstehen häufig ausgedehnte Zerstörungen der Scheiden- und Gebärmutterschleimhaut. Im besonderen aber beruhen die Schädlichkeiten und Gefahren dieser Stoffe darauf, daß sie durch eröffnete Gefäße im Uterus in die Blutbahn gelangen und so in allen Organen ihre Giftwirkung entfalten können. Zu all diesen Auswirkungen gesellt sich dann noch die Infektion, die in den zerstörten Geweben besonders leicht Fuß fassen kann.

Die Veränderungen, die sich in den Genitalorganen einstellen können, ließen sich durch viele Beispiele aufzeigen. In den gerichtsärztlichen Instituten gibt es davon ein großes Material.

In einem Aufsatz über Alkalinekrosen des Uterus schreibt Runge[10]) sehr ausführlich über die makroskopischen und mikroskopi-

[10]) Runge, R.: Alkalinekrose des Uterus und der Adnexe, ein bisher nie beschriebenes Krankheitsbild. Ztbl. f. Gynäkologie. Jahrg. 51. 1927. S. 1562.

schen Veränderungen in den Geschlechtsorganen nach einer Scheiden- und Uterusspülung mit Seifenlauge. Zugleich gibt er uns auch Hinweise für die Verteilung des Giftes auf die Organe, die zunächst nicht mit ihm in Berührung kommen. Es handelt sich dabei um eine 34jährige Patientin, die sich wegen Unterleibsschmerzen mit lauwarmem Seifenwasser eine Scheidenspülung verabfolgte. Die Frau fühlte sich angeblich nicht schwanger. Als nach diesem Eingriff Erbrechen auftrat, kam sie in die Klinik. Weiterhin schreibt Runge folgendes:

„... Bei der Aufnahme zeigte die Patientin die Zeichen einer diffusen Peritonitis, intensive Schmerzen, Bauchdeckenspannung, Erbrechen. Im Unterleib fühlte man einen Tumor, der etwa 3 Querfinger oberhalb der Symphyse stand, ganz offenbar der Uterus war. Portio und Scheide waren livide verfärbt, eine Blutung bestand nicht. Es wurde differentialdiagnostisch neben einer Komplikation von Schwangerschaft mit Myomnekrose die Stieldrehung des graviden Uterus in Frage gezogen; auf jeden Fall erforderte das Krankheitsbild eine sofortige Operation. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle entleerten sich etwa 100 ccm blutig seröse Flüssigkeit. Das Peritoneum war überall stark injiziert. Man sah den kindskopfgroßen Uterus schwärzlich rot-fleckig verfärbt, eine Stieldrehung bestand nicht. Die eigenartige schwarfleckige Verfärbung ging auf die linke Tube und das linke Ovar über, weniger auf die rechten Adnexe. Das linke Parametrium zeigte ein starkes sulziges Oedem. Die Serosa des Uterus und das parametrane Gewebe waren so mürbe und zerreißlich, daß sie schon bei leichtem Anfassen mit der Pinzette zerrissen. Wir haben im Hinblick auf diesen schweren Befund den Uterus supravaginal amputiert. Der Cervixstumpf und das rechte Ovar konnten belassen werden. Bei der Operation fiel nur die außerordentlich starke venöse Hyperämie auf.... Der Heilungsverlauf war glatt. Die Wunde ist per primam verheilt. Die Frau ist nach 3 Wochen beschwerdefrei, mit gutem Tastbefund nach Hause entlassen worden.

Das makroskopische Präparat des Uterus zeigte eine Gravidität des 4. Monats. An der linken Seite des Cavum uteri, gerade da, wo die Placenta in das Chorion laeve übergeht, zeigte sich die stärkste schwärzliche Verfärbung des Gewebes. Beim Aufschneiden des Uterus fand sich hier neben dem an sich intakten Eisack eine Höhle und in dieser Höhle waren etwa 8 ccm einer eigenartig schwarzbräunlichen Gallerte, die sich als Blut mit irgendeinem Zusatz identifizieren ließ....

... Das Studium der mikroskopischen Präparate gab folgende Befunde: Wie aus der Figur 1 hervorgeht, sind die Placenta, die Zotten, die Zwischenzottenräume in diesem Bezirk größtenteils gut erhalten. Der Nitabuch'sche Fibrinstreifen ist deutlich erkennbar. Am Rande der Decidua spongiosa beginnt die Nekrose. Man könnte meinen, daß die Kanüle der Spritze gerade hier hereingefahren wäre und hier die Nekrose gesetzt hätte. Im Anschluß an diese Stelle ist

die ganze Wand des Uterus vollständig strukturlos, keine Faser, kein Zellkern erkennbar. Die eigenartigen, wie große blasige Zellen aussehenden Partien sind offenbar durch Koagulation des Gewebes entstanden. Sie enthalten kleine, fast wie Kristalle aussehende Einschlüsse. Der Charakter dieser Einschlüsse ist unklar, sie zeigen im Polarisationsmikroskop keine Anisotropie ... Die Venen sind überall thrombosiert, besonders deutlich kommt dies in der Gefäßzone des Uterus zum Ausdruck.

Das Ovarialgewebe ... zeigt zahlreiche Blutungen und zwar lokalisieren sich diese hauptsächlich in den Follikeln verschiedener Größe. Die zarten Kapillaren der Theka interna sind zerstört. Man sieht die Granulosa überall abgehoben und durch die Blutung ins Lumen der Follikel hineingedrückt. Es sind das die Bilder, wie man sie in den einzelnen Follikeln, auch bei normalen Fällen, findet und wie sie als typische Follikelhaematome auch von mir schon früher beschrieben sind. Besonders eindrucksvoll ist am vorliegenden Präparat, daß kein einziger Follikel von der Blutung verschont geblieben ist. Neben diesen Kapillarblutungen sieht man auch die größeren Venen, besonders am Hilus ovarii thrombosiert.

In der linken Tube ist ... das Epithel überall intakt und das Lumen frei von Sekret oder Blut. Dagegen ist auch hier die Submukosa vollständig durchblutet und die Venen der Mesosalpinx sind thrombosiert. Gerade dieser Befund erweist, daß mit Sicherheit eine Propagation des toxischen Mittels nicht intrakanalikulär von der Schleimhaut aus stattgefunden hat, sondern daß hier einzig und allein der Blutweg in Frage kommt. Muskulatur und Bindegewebe zeigen besonders in den mesosalpinxwärts gelegenen Teilen auch histologisch das schon bei der äußeren Besichtigung auffallende starke Oedem. Die Kanüle ist also, wie aus dem Studium der Präparate hervorgeht, in die Decidua spongiosa eingedrungen, hat hier offenbar venöse Bluträume eröffnet. Die Seifenlösung hat sich nun dem Blutstrom folgend aus den praekapillären Venen über die ganze Substanz des Uterus verteilt und hat sich auch durch die zahlreichen vorhandenen Anastomosen auf die Adnexe verteilen können. Entsprechend der eintretenden Verdünnung der Lauge sind hier die Schädigungen nicht mehr so intensiv. Es ist nicht wie am Uterus zu einer massiven Nekrose gekommen, sondern hier sind in der Hauptsache nur noch die Kapillargebiete der Theka interna in den Follikeln und der Submukosa tubae betroffen ...

Die Ausbreitung der toxischen Flüssigkeit über die ganze Substanz des Uterus wurde offenbar durch einige anatomische und funktionelle Eigentümlichkeiten der Blutzirkulation im Genitale erleichtert: Die Venengeflechte dieses Gebietes sind klappenlos (Braune), ihre Strömung von den Kapillaren zu den größeren Gefäßen ist also nicht streng gerichtet. Es kann bei geringem Ueberdruck durch die zahlreichen vorhandenen Anastomosen eine zum Teil auch retrograde Verteilung der injizierten Flüssigkeit stattfinden. Die tatsächliche Höhe des hierzu erforderlichen Druckes kann dabei äußerst gering

sein. Wie von mir (H. Runge, Arch. f. Gynäk. Bd. 72, S. 142, 1924) durch direkte Messungen festgestellt ist, beträgt bei liegenden Schwangeren der ersten Monate der Druck in der Vena saphena durchschnittlich etwa 13,8 cm Wasser oder 1 ccm Quecksilber. Würde man annehmen, daß die Injektion mittels Irrigator vorgenommen wäre, so würde bereits ein beträchtlicher Ueberdruck zustande kommen, wenn dieser nur wie üblich auf 100 cm erhoben würde. Das gleiche gilt auch von einer wenn auch noch so vorsichtig vorgenommenen Einspritzung ..."

Aus der Münster'schen Universitäts-Klinik wurde von Beaufays[11]) ein Fall veröffentlicht, bei dem sich ähnliche makroskopische und mikroskopische Veränderungen in den Genitalorganen nach einer zum Zwecke der Abtreibung ausgeführten Seifenspülung vorfanden. Die betroffene Frau, die sich bereits im 9. Schwangerschaftsmonat befand, leugnete zwar eine Seifenspülung ab, jedoch war eine solche nach dem Befunde mit Sicherheit anzunehmen. Bei der klinischen Untersuchung fanden sich am Scheideneingang starke Verätzungen, aus der Scheide kam riechender gelblicher Ausfluß. Am Muttermund und im hinteren Scheidengewölbe zeigten sich grauweiße Stellen, die wie Verätzungen aussahen.

Die Geburt des abgestorbenen Kindes wurde durch eine Perforation und Kranioklasie beendet.

Die Sektion der Frau, die 3 Tage nach dem Eingriff starb, ergab eine diffuse Peritonitis mit 300 ccm stinkender Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Die Innenauskleidung des Uterus war grauschwarz verfärbt und mit schmierigen Belägen bedeckt. Am Fundus uteri fand sich eine Perforationsöffnung mit unscharfen Rändern von graurötlicher bis schwärzlicher Verfärbung. Der äußere Muttermund war stark zerfetzt. Unter dem Serosaüberzug der Tuben, in der Uteruswand, sowie in den Ovarien zeigten sich Blutaustritte. Das histologische Untersuchungsergebnis lautet:

„Histologisch handelt es sich bei den Partien der Uteruswand, die der Perforationsstelle im Fundus naheliegen, um eine Nekrose, sowohl der Muskulatur als auch der Bindegewebsfasern. Eine Struktur des Gewebes ist nicht mehr zu erkennen, es ist völlig kernlos. Die Gefäßwände sind in diesen Partien thrombosiert. Dazu findet man freie Blutergüsse in dem Gewebe der Uteruswand und ebenso unter der Serosa. Der Muttermund und seine nähere Nachbarschaft zeigen neben einer deutlichen Nekrose, die zum Uterusinneren gerichtet ist, einen starken Demarkationswall aus Lympho- und Leukocyten sowie aus Histiocyten ... Diese Histiocyten sind vollgepfropft von Fetttröpfchen; jenseits des Demarkationswalles ist das Gewebe der Uteruswand an vielen Stellen ebenfalls nekrotisch; man findet auch hier mehrere Bezirke, die Muskel- und Bindegewebsfasern ohne Zell-

[11]) Beaufays, J.: Ueber einen Fall von Abtreibungsversuch mit Seifenlösung im 9. Schwangerschaftsmonat. Zbl. f. Gynäk. Jahrg. 57, 1933, S. 1592 ff.

kerne aufweisen. Teilweise findet man sogar die Uteruswand in ganzer Ausdehnung nekrotisch ...

Die Ovarien zeigen an mehreren Stellen größere Blutaustritte unter der Serosa und frei im Ovarialgewebe neben vielen thrombosierten Gefäßen ... Ebenfalls finden sich kleine Blutungen in den Follikeln. Die Tuben haben lumenwärts einen einwandfreien Epithelbesatz, nur findet man unter der Serosa ebenfalls Blutaustritte von geringer Ausdehnung und kleine Blutaustrittstellen in der Umgebung von Kapillaren." ...

Aehnliche makroskopische und mikroskopische Veränderungen der Genitalorgane nach einer Seifenpulverlösung-Einspritzung zum Zwecke der Abtreibung fand auch Bickenbach[12]). Die betreffende Frau wurde bewußtlos in sterbendem Zustand in seine Klinik geliefert. Trotzdem wurde noch eine Operation vorgenommen, doch starb die Patientin 18 Stunden später.

Als eine weitere Gefahr, die eine Abtreibung mit sich bringen kann, ist die Embolie zu nennen, die bei einer Schwangerschaftsunterbrechung zu einem gefürchteten Ereignis führen kann. An erster Stelle ist die häufig tödlich verlaufende Luftembolie zu nennen, die sehr leicht eintreten kann, wenn im Uterus oder in der Scheide Blutgefäße eröffnet sind und in die entfaltete, lufthaltige Scheide Substanzen mit großem Druck hineingepreßt werden, oder wenn Flüssigkeiten verwandt werden, die Luftbläschen enthalten. Weitere Embolien nehmen ihren Ursprung aus thrombosierten Blut- und Lymphgefäßen im kleinen Becken. Solche Thrombosen pflegen sich in so vielen Fällen nach Entzündungen und Verätzungen, wie wir gesehen haben, des Uterus und seiner Adnexe einzustellen. Weiterhin sind auch Fremdkörperembolien beschrieben worden.

Ueber einen Fall einer wahrscheinlichen zerebralen Luftembolie berichtet uns Hoeslein[13]). Eine 26jährige Kranke hatte mehrfach erfolglos mit Wasserstoffsuperoxyd Abtreibungsversuche gemacht. Da diese erfolglos blieben, ließ sie eine Seifenlösung mit hohem Druck in den Uterus einlaufen. Während dieses Eingriffes brach sie zusammen, wurde bewußtlos in ihrer Wohnung aufgefunden und ins Eppendorfer Krankenhaus eingeliefert. Es bestand eine deutliche Nackensteifigkeit. Am Tag nach der Einlieferung traten linksseitige epileptiforme Krämpfe auf, nachmittags erfolgten neuerdings 3 epileptische Anfälle. Im Liquor befand sich eine Eiweiß- und Zellvermehrung. Erst nach 3 Tagen kehrte das Bewußtsein wieder zurück. Im Laufe der nächsten Wochen trat zusehends eine Besserung ein, insbesondere zeigte der Liquor keine krankhaften Veränderungen mehr. Da bei der Patientin eine Restitutio ad integrum

---

[12]) Bickenbach, W.: „Alkali-Nekrosen des Uterus und der Adnexe nach Einspritzung von Seifenpulverlösung in den Uterus." Med. Klinik. 1930, II. Bd., S. 1663—64.

[13]) Hoeslin, H. v.: „Zur Frage der cerebralen Luftembolie nach Abtreibungsversuchen." Münch. Med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 18, S. 764 bis 765. 1928.

eintrat, nahm der Verfasser an, daß es sich um keine Embolie von Aetzstoffen, sondern um eine Luftembolie gehandelt haben muß und erklärt die cerebralen Erscheinungen mit Ernährungsstörungen der Rindenzone durch diese Embolie.

Ein Fall von tödlicher Luftembolie beim kriminellen Abort wurde von Hulst[14]) beschrieben. Ein im 6. Monat schwangeres Mädchen nahm bei sich mittels doppeltem Gummiballon eine vaginale Ausspritzung vor. Dabei sammelte sich zwischen den Eihäuten und der Gebärmutterwand Luft an. Die Insertionsstelle der Placenta blieb unberührt. Am folgenden Tag trat plötzlich der Tod durch Luftembolie ein.

Weiterhin sei noch ein Fall erwähnt, wobei ein Gummikatheter auf dem Blutweg in das Herz verschleppt wurde. Er wurde von Blaha[15]) beschrieben, der etwa folgendes ausführt: Eine Frau hatte zu Abtreibungszwecken einen mit einem Drahtmandrin versteiften Gummischlauch in die Scheide in hockender Stellung eingeführt. Beim Aufrichten verschwand dieser vollständig in der Scheide und da er nicht mehr zum Vorschein kam, ging die Patientin ins Krankenhaus. Auch dort konnte der Katheter trotz eingehender Untersuchung nicht gefunden werden. Es stellte sich allmählich ein schweres Krankheitsbild ein, wobei besonders Erscheinungen einer Lungengangrän und einer allgemeinen Sepsis in den Vordergrund traten. Die Frau ging daran zugrunde.

Im Sektionspräparat zeigte sich, daß der Katheter aus der Vena cava inferior durch den rechten Herzvorhof in die Vena cava superior und weiter durch die Vena anonyma bis in die Vena jugularis sinistra verlief.

Der Katheter scheint folgenden Weg genommen zu haben. Von einer Vene des Plexus uterinus gelangte er in die Vena hypogastrica dextra und weiter in die Vena cava inferior. In der Vena hypogastrica verursachte er eine Gangrän und eine eitrige Thrombophlebitis, die sich an der Intima der Vena cava inferior und in das retroperitoneale Zellgewebe ausbreiteten. Von dort aus entwickelten sich auch die bei der Sektion gefundenen Lungenabszesse und die allgemeine Sepsis.

Die auf S. 15 erwähnten Embolien nach einer Thrombophlebitis der Beckenvenen sind dem Arzt bekannt als die Urheber der multiplen Aszesse in der Lunge, die bei offenen Foramen ovale in allen Organen des Körpers auftreten können. Sie sind eine leider häufige Komplikation im Wochenbett und ich brauche sie nicht durch Beispiele zu beleuchten.

---

[14]) Hulst: „Tod durch Luftembolie bei Abortus criminalis". Nederlandsch-tijdschr. v. geneesk. Jg. 70, 1. Hälfte Nr. 8, S. 759—768, 1926. Nach Ref. von Lamers Zeitschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 8, 1926, S. 324.

[15]) Blaha, in: „Embolische Verschleppung eines Fremdkörpers (Gummikatheter) ins Herz bei einem kriminellen Abortus." Ztbl. f. Gynäk. 1935, 59, S. 746.

Wohl zu den schlimmsten Auswirkungen einer Schwangerschaftsunterbrechung führt die Infektion eventueller Nebenverletzungen in den Genitalorganen, insbesondere die Infektion des puerperalen Uterus. Sehr häufig und besonders bei solchen Frauen, die vor der Schwangerschaftsunterbrechung schon Abtreibungsversuche unternommen haben, finden sich in der Scheide oder am Muttermund hochvirulente Keime, die zu leicht mit Instrumenten in die Gebärmutter hochgetragen werden. Meistenteils werden allerdings die Erreger mit unsterilen Abtreibungswerkzeugen oder mit den Fingern in den Körper gebracht und können sich an Verletzungsstellen und an nekrotischem Gewebe nach Verätzungen, an der Placentarstelle oder an zurückgebliebenen Fruchtresten ansiedeln. Die Infektion der wunden Genitalorgane kann auch auf dem Blutwege erfolgen, wenn sich irgendwo im Körper Krankheitskeime vorfinden und diese zu dem „locus minoris resistentiae" verschleppt werden.

Zu den gefährlichsten Erregern gehört die Gruppe der Anaerobier, für die in den luftabgeschlossenen, zerklüfteten Wunden eine günstige Lebensbedingung geschaffen ist. Weiterhin können aber auch Streptokokken und Staphylokokken und viele Arten von Bakterien schwere Krankheitsbilder hervorrufen.

Außer einer Lokalinfektion kann es auch geschehen, daß in dem durch das Unterbrechungstrauma widerstandslos gewordenen Körper ruhende Keime ihre Virulenz wiedererlangen und so ein alter Krankheitsprozeß zum Aufflackern kommt.

Ueber die Vielgestaltigkeit und den Verlauf von Puerperalinfektionen geben die in jeder Frauenklinik so bekannten Krankheitsbilder wie Sepsis, Thrombophlebitis, Salpingitis, Endometritis, Abszesse im Bereich des Parametriums und in der Uteruswand im Anschluß an einen kriminellen Abort beredte Beispiele.

Das Verhältnis der fieberhaft verlaufenden Abortfälle zu den fieberfreien läßt sich nur sehr schwer eruieren. Nach Dornedden[16]) sollen auf Grund von Zusammenstellungen zahlreicher deutscher Kliniken etwa 55 Prozent der kriminellen Aborte fieberhaft verlaufen. Die Krankheitsbilder nach einem infizierten Abort sind zahlreich beschrieben. Deshalb möchte ich nur einige Fälle über seltene Verlaufsformen in kurzer Fassung bringen.

Schneider[17]) schildert einen Fall, wobei Frucht und Placenta nach einem kriminellen Abort völlig eingeschmolzen sind. Aus der Krankengeschichte entnehmen wir ungefähr folgendes:

Letzte Menstruation Mitte November. Menostase infolge Schwangerschaft im Dezember und Januar. In den letzten Tagen des

---

[16]) Dornedden: „Die Fehlgeburten in den Universitäts- und Landesfrauenkliniken." Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts, Berlin. Jg. 53/II, 1929. S. 680.

[17]) Schneider, H.: „Völlige Resorption von Frucht und Placenta nach kriminellem Abort infolge eitriger Einschmelzung innerhalb der Gebärmutter." Med. Klinik. Jg. 23, 1927, I. Bd., Nr. 24, S. 909—10.

Januar krimineller Unterbrechungsversuch durch eine Frau, die angeblich mit einem längeren Rohr eine Spülung in die Gebärmutter vorgenommen hat. Patientin bekam darauf ziemlich heftige Schmerzen, eine ganz geringe Blutung und glaubte nun wieder in Ordnung zu sein, da sich ja das Blut wieder gezeigt hat. Wegen leichter Blutung und geringer Temperaturerhöhung kommt sie Anfang Februar in die Klinik, wo der Verdacht eines Abortus imminens besteht, den man zu erhalten versucht. Uterus stand in Nabelhöhe, aus dem offenen Muttermund entleert sich teils flüssiges, teils koaguliertes Blut. Am fünften Tage mußte er ausgeräumt werden, da die Blutung stärker wurde. Dabei wurde ganz wenig, gleich hinter dem Muttermund sitzende, degenerierte Placenta von etwa haselnußgröße mit Blutkoagulis entfernt. Beim Weitereindringen stößt die Kürette auf eine Resistenz. Nach Durchstoßung derselben, die sich als schwartige Abszeßwand erweist, entleert sich eine gewaltige Menge, 500 Gramm dünnflüssigen, mit Fibrin durchsetzten Eiters, der stark stinkt. Die genaue Kontrolle des gesamten Uterusinhaltes ergibt lediglich das durchblutete, haselnußgroße Stück Placenta mit Chorion-Kotyledonen und Fibrineitermassen.

Sehr ausführlich schreibt Haselhorst[18]) über eine Aktinomykose des Beckens nach einer Schwangerschaftsunterbrechung. Dem Inhalte nach will ich den Bericht hier anführen. Es handelt sich um ein 20jähriges Mädchen, das im Anschluß an einen kriminellen Abort dauernd remittierendes Fieber hatte und über ständig an Insentität zunehmende Beschwerden und Schmerzen im linken Unterleib klagte. Sie kam ins Krankenhaus und dort wurde auf Grund röntgenologischer Untersuchungen (Jodipinfüllung der Fistelgänge) und auf Grund der Untersuchung des Eiters die Diagnose Aktinomykosis des Beckenbindegewebes gestellt. Nach langem Krankheitslager kam die Patientin ad exitum. Bei der Sektion fand sich außer einer doppelseitigen Salpingitis purulenta eine enorm chronische Verdichtung des Beckenbindegewebes, in dessen schwartigen Massen besonders der linken Seite die Eitergänge nach allen Richtungen führten, bis in die Umgebung des Hüftgelenkes, ohne dieses selbst zu betreffen. In der Wirbelsäule fanden sich kleine Metastasen. Im linken Ligamentum latum und im Beckenbindegewebe wurden typische Aktinomycesdrüsen gefunden.

Ueber einen Todesfall durch einen Tuberkuloseschock nach Koch nach einer kriminellen Schwangerschaftsunterbrechung berichten Ickert und Neubelt[19]). Es handelt sich dabei um eine 38jähr. V. Para. Sie soll als Mädchen bereits gelb ausgesehen haben. Zwei Geschwister von ihr sind an Lungentuberkulose gestorben. Am 22.1.1926 wurde bei ihr zu Abtreibungszwecken Seifenwasser in die Gebärmut-

---

[18]) Haselhorst, G.: „Aktinomykose der weiblichen Genitalorgane als Abtreibungsfolge". Arch. f. Gyn. 134, 1928, S. 561—77.

[19]) Ickert und Neubelt: „Akute Miliartuberkulose als Ursache des Todes durch kriminellen Abort". Zeitschr. f. Medizinalbeamte, Jg. 39/48, 1926, Nr. 15, S. 366—71.

ter eingespritzt, worauf am 25. 1. die Geburt der Frucht erfolgte. Bald nach Ausstoßung derselben stellte sich Fieber ein. Am 28. 1. traten heftige Gelenk- und Muskelschmerzen in den Armen auf. Am 31. 1. 1926 wurde ein Arzt zugezogen, der bei der Patientin schlechten Puls, einen aufgetriebenen Leib und eine vergrößerte Gebärmutter feststellte. Wegen des sich verschlechternden Allgemeinzustandes wurde die Frau ins Krankenhaus eingewiesen. Am 1. 2. 26 erfolgte der Tod. Die anatomische Diagnose und die Metakrise werden in folgendem aufgeführt:

„Nicht ganz frische Miliartuberkulose an beiden Lungen, der linken Niere, an beiden Nebennieren, hinterer Blasenwand und Gebärmutter; frische Bronchopneumonien in beiden Lungen; geringe fibrinöse Pleuritis beiderseits, geringe frische fibrinöse Peritonitis, alter tuberkulöser Herd in der linken Niere, tuberkulöse, mit Käse ausgefüllte Höhlen in beiden Nebennieren, Addison, puerperaler Uterus ohne Zeichen einer Puerperalinfektion.

Die Lungen sind noch röntgenologisch untersucht worden. Die dabei in den Lungen festgestellten Kalkherde sind danach sofort durch Einschnitt genau festgestellt worden; das Ergebnis lautet:

1. Ueber beide Lungen zerstreut herdweise zusammenstehende weiche Fleckchen von Erbsengröße (Lobulärpneumonien). 2. Hier und da weiche Fleckchen von Stecknadelkopfgröße, teilweise in Gruppen zusammenstehend; sie entsprechen der miliaren Tuberkulose. 3. Im linken Unterlappen stecknadelkopfgroßer Kalkherd und zugehörig völlig verkalkte Lymphdrüse (durch Schnitt bestätigt). Im rechten Unterlappen zwei stecknadelkopfgroße Kreideherde. In der linken Spitze ca. zwei Mill. unterhalb der Oberfläche erbsengroßer Kalkherd (auf dem Schnitt: Kalkherd in einer dick schwarzumränderten Kapsel). In der Nähe davon ein dicht unter der Pleura gelegener schwarzer, stecknadelkopfgroßer harter Herd (subpleurale Lymphdrüse?).

... Als „Ausgangsplattform" für die Miliartuberkulose kommen mit Wahrscheinlichkeit nur Käseherde in den Nebennieren in Frage, diese waren sicher älteren Datums; sie haben den seit der Jugend bestehenden Addison dauernd unterhalten.

Die Entwicklung der Tuberkulose bei der Verstorbenen ist wahrscheinlich folgendermaßen vor sich gegangen: Aerogene Erstinfektion in früher Kindheit im linken Unterlappen, daher Verkäsung der vollständigen zugehörigen Lymphdrüse mit nachfolgender Verkalkung. Mehrfache Reinfektion, wahrscheinlich exogen, d. h. aerogen (Puhlsche Herde). Vom Primärkomplex oder von einem Puhlschen Herde aus zu einer Zeit, wo diese noch nicht völlig verkalkt und noch infektionstüchtig waren, Metastasen in Nebennieren und linker Niere, welche zu isolierter Organphthise geführt und als tertiäre Herde der Frau anscheinend keine Beschwerden verursacht haben und nur durch den Addison in Erscheinung getreten sind. Durch die Schwangerschaft wurde der erlangte Durchseuchungswiderstand gebrochen, die Frau aus dem Stadium der tertiären Tuberkulose in die Sekundär-

periode oder nach Allergie II (Ranke) zurückversetzt, so daß ein Haften und eine Entwicklung der haematogen verstreuten Keime möglich wurde. Die meisten Keime wurden in Lunge und Gebärmutter abgefangen.

So erklärt sich zwar die Miliartuberkulose, aber noch nicht der Tod der Frau sieben Tage nach dem Abortus. Der Zustand der Gebärmutter bedarf hierzu noch näherer Betrachtung.

Dem behandelnden Arzte war schon aufgefallen, wie groß die Gebärmutter noch sechs Tage nach dem Abortus war. Auch bei der Sektion fiel diese Größe auf; die Gebärmutter hatte sich nach der Ausstoßung der Frucht nur wenig kontrahiert. Sie hatte sich auch nur wenig kontrahieren können, weil ihre Wand massenhaft mit Knötchen durchsetzt war, welche durch ihr Volumen der Verkleinerung der Gebärmutter einfach im Wege waren ...

Bei und nach der Ausstoßung der Frucht hat ganz sicher durch den Muskelzug in der Gebärmutterwand ein Druck auf die Knötchen stattgefunden. Ein Teil der Knötchen, besonders der unteren Gebärmutterwand, wies bei der Sektion bereits Erweichung, d. h. Kolliquation des käsigen Inhaltes auf. Nach der Größe der Erweichungsherde ist damit zu rechnen, daß bereits acht Tage vorher, d. h. zur Zeit des Abortus, diese Knötchen sich wohl fast in demselben Zustand befunden haben. Was ist da natürlicher als die Annahme, daß bei der Kontraktion der Gebärmutter erweichter Käse von neuem und zwar in größeren Massen in die Blutbahn gelangt ist und den Körper plötzlich und massenhaft mit tuberkulösem Gift überschwemmt hat. Daß etwas derartiges stattgefunden hat, dafür sprechen die haemorrhagischen Randzonen um einzelne der Herdchen im linken Unterlappen der Lunge ... Diese Randzonen und auch die gleichzeitig auftretenden Bronchopneumonien werden allgemein als maximale Giftwirkung auf einen bereits hochgradig giftüberempfindlichen (anaphylaktischen) Körper (Allergie II nach Ranke) gedeutet, was mit unserer Andeutung weiter oben, daß die Tuberkulose bei der Frau aus dem Stadium III durch die Schwangerschaft in das Sekundärstadium zurückversetzt wurde, völlig im Einklang steht. Nach der maximalen Ausschüttung von Gift bei der Geburt der Frucht ist es gar nicht zu neuer Knötchenbildung gekommen: Lediglich am Peritoneum, an der Pleura und an den Lungen fanden sich ganz frische Erscheinungen, Knochen und Gelenke wurden bei der Sektion nicht nachgesehen, weil uns damals von den Gelenk- und Muskelschmerzen der Frau nichts bekannt war.

So ist die Frau einem bösen Zufall erlegen, welcher nach seinen Aeußerungen dem Tuberkuloseschock Kochs gleichzusetzen ist. Das ist aber als unmittelbare Todesursache letzthin auf das Konto des kriminellen Abortes zu setzen ..."

Einen Einblick in die Gefährlichkeit der infiszierten Aborte erhalten wir bei der Betrachtung einer Sammelstatistik von Diet-

rich[20]), nach der die Mortalität nach einem fieberhaften Abort, und das sind die infiszierten Aborte, 4 % beträgt. Allerdings sind in dieser Zusammenstellung nur die in Kliniken behandelten Fälle miteinbegriffen.

Nach einer Berechnung von Benthin[21]) beträgt die Mortalität aller Aborte in Deutschland 1,9 Prozent.

Die Zahl der Komplikationen und unmittelbaren Folgen nach einem mechanisch eingeleiteten Abort, wie sie sich anschließen an Blutungen, Nebenverletzungen, Resorption von eingespritzten Substanzen, Embolien und Infektionen, ist also, wie wir gesehen haben, erschreckend groß und läßt die Gefährlichkeit eines intrauterinen Eingriffes nur zu gut erkennen.

Noch viel umfangreicher und von noch weittragender Bedeutung sind die Spätfolgen nach einem provozierten Abort. Diese Folgen treffen nicht nur die Frau allein, sondern sie wirken sich auch in national- und wirtschaftspolitischer Hinsicht aus. Denn es ist Tatsache, daß fast 30 % aller Frauen, die einmal oder öfter abgetrieben haben, unfruchtbar werden. Weiterhin ist es auch Tatsache, daß die vielen chronischen Krankheiten, die einem Abort folgen können, zu einer ungeheuren Belastung der Krankenkassen und damit der ganzen Volksgemeinschaft führen.

Die Spätfolgen sind sehr vielgestaltig und beschränken sich keineswegs allein auf die Geschlechtsorgane der Frau. Man denke nur an die Erkrankungen, die sich den schweren Blutungen oder den lange sich hinziehenden Fieberzuständen anschließen und zu Anämien, Herzmuskelschädigungen und krankhaften Veränderungen aller Organe führen können. Die Widerstandskraft der Frau wird dadurch bedeutend herabgesetzt, so daß sie bei interkurrierenden Krankheiten leicht erliegt.

Eine weitere Reihe von Spätfolgen schließt sich den notwendig gewordenen Eingriffen nach Abtreibungen an, durch die in vielen Fällen der Arzt mit Mühe das nackte Leben der Betroffenen retten konnte. Es sei nur erinnert an die Laparotomien, die Darmresektionen, die Nephrektomien oder an die Totalexstirpation von Uterus mit den Adnexen. Wie häufig kommt es nach Operationen bei einem entzündlich veränderten Peritoneum zu Adhaesionen, die zeitlebens bestehende Verwachsungsbeschwerden verursachen können. Die Folgen einer Totalexstirpation einschließlich Adnexen sind eindeutig, sie bedeuten die Kastration der Frau mit allen ihren Ausfallserscheinungen.

---

[20]) Halban-Seitz: „Biologie u. Pathologie des Weibes." Jg. 1927, Bd. VII, I. Teil, S. 601.

[21]) Halban-Seitz: „Biologie u. Pathologie des Weibes." Jg. 1927, Bd. VII, I. Teil, S. 599.

Kaum wieder gut zu machen sind die Veränderungen im weiblichen Genitaltraktus, die sich zum großen Teil nach einem provozierten Abort einstellen.[22])

In erster Linie sind es die Erkrankungen des Uterus. Entzündliche und degenerative Veränderungen seiner Muskulatur verhindern oft die völlige Subinvolution des Organs und ziehen viele weitere Folgen nach sich. Aplasie oder Hyperplasie der Uterusschleimhaut, die als Restzustand nach Schleimhautverätzungen oder nach einer notwendig gewordenen Ausschabung zurückbleiben, oder nach chronischen Entzündungen sich einstellen, sind mitbeteiligt an den Störungen der Periode. Sie unterhalten häufig einen chronischen, übelriechenden Ausfluß und machen vielfach die Ansiedlung eines befruchteten Eies unmöglich.

Dann folgen Erkrankungen der Tuben, die später durch Verwachsungen ihre Durchgängigkeit verlieren können. Diese sind dann häufig für die Entstehung einer Extrauterin-Gravidität verantwortlich zu machen. Kommt es zur Bildung einer Pyosalpinx, so wird die Frau oft Wochen und Monate ans Bett gefesselt.

Dazu kommen noch die Funktionsstörungen des Ovars, bedingt durch chronisch entzündliche und degenerative Veränderungen seiner Substanz. Dann wären noch entzündliche Veränderungen im Para- und Perimetrium zu nennen, die Verwachsungen mit den umliegenden Organen, Lageveränderungen des Uterus usw. zur Folge haben.

Durch Vernarbung hervorgerufene Stenosen des inneren Muttermundes, Lageveränderungen oder Fixation des Uterus verursachen Dysmenorrhoen, eine Subinvolution des Uterus oder krankhafte Veränderungen der Uterusschleimhaut führen zu Menorrhagien. Durch Erkrankungen des Ovars kommt es häufig zu Amenorrhoen und Störungen des Cyklus menstrualis.

Bekannt sind auch die Komplikationen im Geburtsverlauf, wenn schon eine Furchtabtreibung vorausgegangen ist. Diese können sich in einer pathologischen Insertion der Placenta, in Verlängerung des Geburtsverlaufes, in manchmal eintretender Wehenschwäche, in Störungen der Nachgeburtsperiode äußern. Auch kommt es leicht zu einer Placenta adhaerens, zu atonischen Nachblutungen und zu erhöhter Infektionsbereitschaft.

Eine sehr traurige Tatsache ist die sich nach Aborten nicht selten einstellende Sterilität. Sie kann durch mancherlei Ursachen hervorgerufen werden. Außer den oben angeführten funktionellen und organischen Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane sind es auch die seelischen Störungen der Frau, die einer weiteren Befruchtung im Wege stehen.

Die seelischen Störungen können bei einer normalen Frau und Mutter nicht ausbleiben, wenn man sich vor Augen hält, daß die

---

[22]) vgl. Kap. Fehlgeburt u. Frühgeburt v. Heynemann, Halban-Seitz, „Biologie u. Pathologie des Weibes", Jg. 1927, Bd. VII, I. Teil, S. 563—601.

Abtreibung eine brutale Behandlung der mütterlichsten Instinkte ist. Weiterhin ist zu bedenken, daß chronische Unterleibserkrankungen mit all ihren Auswirkungen nicht ohne Einfluß auf die Psyche der Frau bleiben können; denn bei der Frau kann das Innenleben durch einen krankhaft veränderten mensuellen Cyklus weitgehend beeinflußt werden. Die Frigidität vieler Frauen läßt sich öfter auf körperliche Leiden zurückführen.

Fassen wir zum Schluß noch ins Auge, daß von den Folgen der Abtreibungen und Abtreibungsversuche in erster Linie Frauen in der Blüte des Lebens betroffen werden, so kommt uns die Tragweite dieser Eingriffe in das keimende Leben noch mehr zum Bewußtsein.

Wie lange sich ein Krankheitslager nach einem kriminellen Abort hinziehen kann, zeigt uns Völckers[23]) an einer Frau, die etwa vier Jahre nach einem intrauterinen Eingriff zur Einleitung eines kriminellen Abortes unter dem Krankheitsbild einer allgemeinen Infektion und septischen Endocarditis gestorben ist.

„Am 29. 6. 1925 wurde im Hafenkrankenhaus die Obduktion der Leiche der unverehelichten S. vorgenommen, nachdem dieselbe am 24. 6. im Krankenhaus Barmbeck verstorben war.

Aus der Vorgeschichte ist zu erwähnen, daß die 1898 geborene S. keine besonderen Krankheiten früher gehabt hat, seit dem 18. Jahre unregelmäßig menstruiert war, immer nur wenig Blut verlor und 1918 ein halbes Jahr keine Regel hatte. Anfang Dezember 1920 kam sie ins Barmbecker Krankenhaus mit folgender Angabe:

Letzte Periode im März 1920. Am 27. 11. Ohnmacht. Vom hinzugerufenen Arzt wurde Schwangerschaft festgestellt, von der die S. nichts gewußt haben will. Einen Eingriff will sie nicht gemacht haben. Am 2. 12. Wehen und Abgang der Frucht, dann ins Krankenhaus. Hier wurde ein vom äußeren Muttermund aufwärts gehender sechs cm langer Cervixriß rechterseits gefunden. Ausräumung von Nachgeburtsresten. Naht des Cervixrisses. Fernerer Verlauf fieberfrei; übelriechender, gelblicher Ausfluß. Am 22. 12. gegen ärztlichen Rat entlassen. Bei Sondierung konnte eine Durchgängigkeit des Cervixkanals nicht festgestellt werden.

Hierzu ist zu bemerken, daß gelegentlich der diesjährigen tödlichen Krankheit der Bräutigam der S. vorgenommen wurde und aussagte, daß der Arzt im Krankenhaus seinerzeit und zwar 1920, erklärt habe, mit der S. sei irgendetwas vorgenommen, sie habe jedoch auch damals den Namen der Frau, bei der sie gewesen, weder dem Arzt noch dem Bräutigam genannt. 1925 gab die S. bei ihrer Aufnahme im Krankenhause am 11. 6. an, die Fehlgeburt seinerzeit sei im siebten Monat erfolgt.

---

[23]) Völckers: „Tod an septischer Endocarditis nach kriminellem Abort vor über 4 Jahren.“ Deutsche Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 8. 1926, S. 202 ff.

Die gelegentlich des Todes der S. vernommene Wirtin, bei der die S. zehn Jahre wohnte, gibt an, daß sie wiederholt krank war. Die Zeugin nahm Lungenkrankheit an. Sie habe seit Ende Mai 1925 wieder gekränkelt, damals auch hohes Fieber gehabt. Was ihr eigentlich gefehlt habe, wisse sie nicht. Der am 30. 5. gerufene Arzt stellte hohes Fieber fest, Klagen über Schmerzen in der Brust und auf dem Rücken. Sie hatte damals ein starkes Erythem nach zu starker Höhensonnenbestrahlung. Am 2. 6. hatte der Arzt Verdacht auf Rippenfellentzündung rechts. Am 11. 6. war das Erythem abgeheilt, das Fieber war noch hoch, am Herzen war ein lautes Geräusch, sie wurde ins Krankenhaus gebracht. Der Bräutigam gab an, sie sei immer kränklich gewesen. Auch er nahm wie die Wirtin Lungenleiden an. Schwanger sei sie nicht, ein Eingriff sei nicht gemacht, allerdings sei seine Braut sehr verschlossen gewesen, und er sei nicht vollkommen sicher, ob sie nicht doch etwas unternommen hätte. Im Krankenhaus dauernd hohes intermittierendes Fieber mit Schüttelfrösten, mäßiger Scheidenausfluß. Blutentnahme am 12. und 18. 6. steril. Im rechten Parametrium eine etwa linsengroße Perforationsöffnung. Linkes Parametrium teigig infiltriert. Systolische Geräusche über dem ganzen Herzen. Am 24. 6. erfolgte der Tod.

Die Sektion ergab: Die Gebärmutter ist erfüllt mit einem gelb-grünlichen, lockeren, höckerigen, schmierigen Gewebe. Eine Perforation im rechten Scheidengewölbe konnte nicht gefunden werden. Die Cervix war durchgängig. Aus den Brüsten läßt sich etwas wässerige, trübe Flüssigkeit ausdrücken. Das Herz in seinem rechten Abschnitt stark verbreitert, in der rechten Kammer an der Hinterwand ein gut kastaniengroßer, graurot gefärbter, kugeliger Körper (organisierter Thrombus).

An der dreizipfeligen Klappe kleine, warzenähnliche Ausschwitzungen in ziemlicher Ausdehnung. Auf dem Herzüberzuge einzelne Blutaustritte, ebenso auf dem Lungenüberzuge reichliche Blutaustritte. Im rechten Unterlappen ein haselnußgroßer Infarkt. Im linken Unterlappen zwei kastaniengroße Infarkte und ein kleinerer. Auf den Nieren reichlich kleine Blutaustritte.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Gebärmutterschleimhaut vielfach fehlt, daß die Submucosa dicht infiltriert ist und an einer Stelle ein ausgedehntes Febringerinnsel, das dicht mit Leukozyten durchsetzt ist, aufweist. In diesem Gebiete zeigt sich auch lebhafte Gefäßneubildung. Die Gefäße sind teilweise strotzend mit Blut gefüllt. Eihautreste sind nicht nachweisbar. Die Gebärmuttermuskulatur zeigt ebenfalls vielfache Infiltrate. Es finden sich in den genannten Geweben reichlich Staphylokokken; Streptokokken konnten nicht nachgewiesen werden. Der Thrombus im rechten Herzen besteht aus Fibrin- und Blutgerinnsel und außerordentlich reichlich Staphylokokken in Reinkultur. Die Niere bietet die Zeichen einer starken Glomerulonephritis.

Bei dieser Vorgeschichte und diesem Befunde haben wir in unserem Gutachten ausgesprochen, daß es durchaus möglich sei,

daß die Blutvergiftung, die von der eitrigen Entzündung der Gebärmutter ausging, mit der von Jahren stattgehabten Fehlgeburt in Zusammenhang steht. Diese Fehlgeburt ist nach den vorhandenen Aussagen mit größter Wahrscheinlichkeit als kriminell anzusehen. Der dauernd kränkliche Zustand der letzten Jahre, der fälschlicherweise, wie die Sektion ergeben hat, auf ein Lungenleiden zurückgeführt wurde, dürfte durch die chronische Entzündung der Gebärmutter erklärt sein, und diese wiederum hat in diesem Jahre zu der schweren Erkrankung des Herzens geführt.

Ob neuerdings wieder ein Eingriff in die Gebärmutterhöhle erfolgt war, die Frage ist nicht mit Sicherheit zu verneinen, doch erscheint es unwahrscheinlich."

Die nachstehend aufgeführten statistischen Angaben über Abortspätfolgen beziehen sich auf alle Fehlgeburten einschließlich der spontanen. Da jedoch, wie wir sehen werden, der größere Prozentsatz aller Aborte als kriminell aufzufassen ist, möchte ich auf die Wiedergabe derselben nicht verzichten.

Ueber die Häufigkeit und Vielgestaltigkeit der Spätfolgen nach einem Abort geben uns nachfolgende Berichte Aufschluß. Zacherl und Richter[24]) kamen bei einer Zahl von 100 Frauen, bei denen nach einem oder mehreren überstandenen Aborten eine Nachuntersuchung vorgenommen wurde, zu folgender Aufstellung.

Von den 100 Frauen wurden in den Jahren 1927 bis 1932 44 kürettiert, 30 digital ausgeräumt und 26 konservativ behandelt. Ein Drittel der Fälle verlief fieberfrei, ein Drittel hatte subfebrile Temperaturen, der Rest verlief mit Fieber. Zwei Drittel aller Frauen klagte nach dem Abort über Beschwerden. Durch die Untersuchung wurden bei einem Viertel Lageanomalien des Uterus, bei einem Zehntel pathologische Befunde an den Ovarien und bei einem weiteren Zehntel pathologische Befunde an den Adnexen festgestellt. 41 Prozent der Frauen hatten bleibende Regelveränderungen behalten. Sie klagten besonders über Schmerzen zur Zeit der Periode und Verminderung der Blutmengen. In einem Fünftel der Fälle bestanden Menorrhagien, bei 16 Prozent vermehrter Ausfluß. 27 Prozent waren unfruchtbar geworden. Außerdem waren bei diesen Frauen bei nachfolgenden Geburten Querlagen und Placenta praevia fünfmal häufiger als bei solchen ohne Abortanamnese. Störungen der Nachgeburtsperiode, besonders bei Erstgebärenden, waren doppelt so häufig. Dreimal häufiger kam es bei Primiparae und eineinhalbmal häufiger bei Multiparae zu Wehenschwäche während der Geburt. Auch Fieber über 38° und Totgeburten waren bei Frauen mit Abortanamnese doppelt so häufig als bei denen ohne eine solche.

Nach Ansicht der Verfasser fällt ein großer Teil der Spätfolgen nach einem Abort der mit der Unterbrechung einhergehenden, plötzlichen Störung des hormonalen Gleichgewichtes zur Last.

---

[24]) Zacherl, H. und Richter, W. E.: „Spätschädigungen nach Abortus", Wiener klin. Wschr. 1934, I. S. 417—20.

Stiegelbauer[25]) gibt uns in einer Zusammenstellung, die zehn Jahre umfaßt, einen Einblick in die Komplikationen bei Geburten, die sich bei Frauen mit einem überstandenen Abort in etwa 75 Prozent einstellten, und erwähnt besonders den vorzeitigen Blasensprung, die Placenta praevia, die Störungen in der Nachgeburtsperiode, die zur manuellen Placentarlösung führen, die Atonien im Wochenbett und die erhöhte Infektionsbereitschaft. Das Wochenbettfieber betraf zu 70 Prozent Frauen mit und nur zu 30 Prozent Frauen ohne Abortanamnese. Stieglbauer gibt seiner Meinung auch dahin Ausdruck, daß Blasenmolen vielfach bei Frauen auftreten, die einen Abort überstanden haben.

Mit der Frage über Zusammenhänge von Abort und Sterilität befaßte sich Bublitschenko.[26]) Er kann seinen Ausführungen ein Untersuchungsmaterial von 200 Frauen zugrunde legen, die in ihrer Anamnese einen Abort aufwiesen. Die Dauer der Sterilität bei solchen Frauen schwankte zwischen zwei und zwanzig Jahren. In dem blühendsten Alter bis zu 35 Jahren waren 86 % nach dem Abort steril geworden. Unter den Frauen waren 45 % Erstschwangere. Als Ursache der Unfruchtbarkeit führt der Verfasser die entzündlichen Veränderungen in den Genitalorganen an. Diese waren das Resultat einer Infektion während des Abortes oder schon früher stattgefundener Infektionen (Gonorrhoe), die durch den Abort provoziert wurden. Bei 57 % galten chronische Entzündungen als Ursache der Sterilität. Den Rest der Sterilitäten hält er teilweise für konstitutionell bedingt, teilweise für Abortfolgen ohne krankhaften Genitalbefund.

A. Mayer[27]) hat in einem Aufsatz im Zentralblatt für Gynäkologie einen Vortrag „über russische Erfahrungen mit Legalisierung des Aborts", den er in einer Sitzung der oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie hielt, kurz zusammengefaßt. Die Ausführungen stützen sich auf die Verhandlungen des ersten allukrainischen Kongresses der Geburtshelfer und Gynäkologen in Kiew vom 23. bis 28. 5. 1927. Er spricht darin ausführlich über die Spätfolgen der Schwangerschaftsunterbrechungen, die in Rußland legalisiert sind und von Aerzten ausgeführt werden. Da bei den in Deutschland ausgeführten kriminellen Schwangerschaftsunterbrechungen ähnliche Spätfolgen auftreten werden, sei dieser Aufsatz hier teilweise wiedergegeben. Im ersten Teil seiner Arbeit befaßt sich Mayer zunächst mit der Indikationsstellung zum sozialen Abort, mit der Methode der Schwangerschaftsunterbrechung und den akuten Gefahren, die damit verbunden sind. Er weist besonders

---

[25]) Stieglbauer, Rud.: „Die Fehlgeburt. Statistik in Oesterreich, ihre sozialhygienische Bedeutung und bevölkerungspolitische Auswirkung." Wien. klin. Wsch. 1934, I. S. 323—27.

[26]) Bublitschenko: „Der Abortus und die Sterilität." Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 96, 1934, S. 183—189.

[27]) Mayer, A.: „Ueber russische Erfahrungen mit Legalisierung des Aborts." Ztbl. f. Gyn., 1932, Bd. 2, S. 2753—2759.

auf die Nachteile der Abrasio hin, an die sich häufig eine Infektion anschließt. Weiterhin führt der Verfasser aus:

„... Zu der Infektionsgefahr kommen aber noch andere ernste Nachteile der Abrasio. Die Trennung des Eies erfolgt nie in der physiologischen Schicht; entweder schabt man zu wenig, dann entsteht die Gefahr der Retention mit Nachblutungen und mehrfach notwendig werdender Abrasio; oder man schabt zu viel, dann kommt man in die Muskularis hinein und verliert funktionierende Substanz. Die Schabung ist außerdem an verschiedenen Stellen sehr ungleichmäßig, am schwächsten in den Tubenecken, am stärksten an der Placentarstelle und am Collun, wo sich die Kürettenzüge überkreuzen, so daß Narben drohen.

Damit kommen wir zu den zahlreichen ernsten Spätfolgen, die uns bisher überhaupt kaum bekannt waren, aber sehr wichtig sind.

Narben am inneren Muttermund führen zu Stenose mit Dysmenorrhoe. ... Narben in der Uteruswand enthalten bei erneuter Gravidität die Disposition zu Uterusruptur.

Der Ersatz von funktionierender Mucosa durch minderwertiges Narbengewebe zieht Oligomenorrhoe nach sich (74 %), Amenorrhoe (10 %), Sterilität oder habituellen Abort.

Eine weitere Nachwirkung entsteht aus dem mit der Abrasio verbundenen Wegfall der innersekretorischen Tätigkeit der Decidua, der Glande myometral mit ihrem besonderen Lipoidgehalt und dessen hemmender Rückwirkung auf Eierstock und Uterus.

Am Ovarium fand Sterdinkow Störungen der Follikel-Funktion, kleincystische Degeneration, Atrophie des Parenchyms, Verdickung der Albuginea und demzufolge wieder Oligomenorrhoe, Amenorrhoe, Sterilität. ...

Besonders interessant ist die Beobachtung der Uterusveränderungen teils im Sinne der Atrophie, teils im Sinne der Hyperplasie; ...

Zahlreich und vielgestaltig sind endlich die entzündlichen Nachkrankheiten, Parametritis, Perimetritis, Adnexitis, von denen 20 Prozent auf Abrasio zurückgehen (Lewit), und zwar 25 Prozent als Frühfolge und 75 Prozent als Spätfolge des Eingriffes (Poduschko). Unter 264 wegen entzündlicher Erkrankung Operierten hatten 96 = 36,3 % Aborte in der Anamnese (Radomssliskaja)....

Bei dieser Rückwirkung der Schwangerschaftsunterbrechung auf Uterus, Tuben und Ovarien war als weitere Folge die schon erwähnte sekundäre Sterilität zu erwarten. Sie trat an großen Zahlen in 5,4 % auf... Ganz bedenklich werden die Dinge aber bei vorher disponierten wie z. B. infantilen oder hypoplastischen Frauen, von denen nicht weniger als 30 % steril blieben.

Zur Sterilität kam es spätestens nach dem dritten bis vierten Abort. Mehr als drei bis vier Unterbrechungen sind im großen und ganzen selten, aber nicht, weil die Frauen dann auf weitere Unterbrechungen verzichten, sondern weil sie nicht mehr empfangen.

Eine weitere sehr ernste Nachwirkung ist die Extrauterinschwangerschaft, die in ⅓ % aller Fälle auftritt. Kirillow hatte z. B. früher in drei Jahren sie nur achtmal erlebt, jetzt führt er in der gleichen Zeit schon das zweite Hundert; auf 3790 Aborte folgten 59 Tubenschwangerschaften = 1,3 %."

Weiter wird darauf hingewiesen, daß bei einer großen Anzahl von Frauenkrankheiten der Abort eine wesentliche Rolle spielt.

„Ganz ernst wird die Rückwirkung auf spätere Geburten gewertet.

Je mehr Aborte, desto mehr Streptokokken im Vaginalsekret, desto schlechter der Reinheitsgrad. Darum fand sich Fieber sub partu und Fruchtwasserinfektion nach früheren Aborten in 32 % gegen sonst nur 9,5 %.

Die Geburtsdauer war mehr als verdoppelt. Abnorme Verlängerung der Placentarperiode fand sich 7—8mal häufiger und wuchs mit der Abortzahl. Unvollständigkeit der Placenta war mehr als verdoppelt; manuelle Placentarlösung und Placenta praevia waren sogar vervielfacht; der Blutverlust in der Nachgeburtsperiode war 5—6mal größer; Eihautretention und Subinvolutio uteri fand sich 2—3mal öfter.

Was weiterhin auffiel, war die Zunahme der Totgeburten oder Mazeration der Frucht infolge langer Geburtsdauer oder degenerativer Veränderungen der Placenta, so daß man immer mit Komplikationen während und nach der Geburt und mit einem großen Prozentsatz Totgeburten zu rechnen hat.

Zu den örtlichen und mehr speziell gynäkologischen Schäden kommen noch allgemeine Nachwirkungen für die Gesamtperson auf Soma und Psyche.

Für die körperlichen Allgemeinstörungen kommen drei Hauptursachen in Betracht.

1. Einmal die schon erwähnte Störung der Eierstockfunktion, unter Umständen mit Ausfall der Menstruation und Gleichgewichtsstörung des vegetativen Nervensystems.

2. Endokrine Störungen durch den plötzlichen Ausfall des Hormonaustausches zwischen Kind und Mutter sowie der Inkrete des Corpus luteum und der Placenta, alles zusammen ein gewaltiges biologisches Trauma, das um so schwerer ist, je länger die Schwangerschaft gedauert hat und ein triftiger Grund, den „sozialen Abort" keinesfalls nach dem dritten Monat zu gestatten.

3. Etwas recht wichtiges ist der Wegfall des von der Schwangerschaft ausgehenden Wachstumsimpulses.

In diesem Zusammenhange wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Geschlechtsorgane der Frau ihre volle Entwicklung erst dann erreichen, wenn sie durch die erste Schwangerschaft und Entbindung hindurchgegangen sind."

Der Verfasser weist ferner noch darauf hin, daß sich dieser Ausfall besonders für infantile und hypoplastische Frauen auswirkt. Zum Schluß erwähnt er noch die seelischen Störungen, Depressionen, Hysterie, Frigidität und Dyspareunie. Weiterhin weist er noch auf die Gefahr des Sinkens des Mutterschaftstriebes und auf die somit zunehmende Entweiblichung hin.

III. Schluß:

Von Interesse wird noch sein zu erfahren, wieviele kriminelle Abtreibungen jährlich in Deutschland erfolgen. Als Grundlage für diese Berechnung führe ich nachstehend die Reichskriminalstatistiken der Jahre 1927—1933 an.

Nach denselben wurden verurteilt:

1. wegen Abtreibung und Tötung der Leibesfrucht § 218 Abs. 1—3

im Jahre 1927	5893 Personen,
im Jahre 1928	4349 Personen,
im Jahre 1929	3985 Personen,
im Jahre 1930	4111 Personen,
im Jahre 1931	4180 Personen,
im Jahre 1932	4510 Personen,
im Jahre 1933	3622 Personen;

2. wegen gewerbsmäßiger Abtreibung oder Tötung der Leibesfrucht oder gewerbsmäßiger Beihilfe zur Abtreibung oder Tötung der Leibesfrucht § 218 Abs. 4 Satz 1, 1. Hälfte und Satz 2

im Jahre 1927	217 Personen,
im Jahre 1928	161 Personen,
im Jahre 1929	143 Personen,
im Jahre 1930	157 Personen,
im Jahre 1931	175 Personen,
im Jahre 1932	201 Personen,
im Jahre 1933	184 Personen;

3. wegen Tötung und Abtreiben der Leibesfrucht ohne Einwilligung der Schwangeren durch Dritte § 218, Abs. 4, 1. Hälfte

im Jahre 1927	32 Personen,
im Jahre 1928	17 Personen,
im Jahre 1929	18 Personen,
im Jahre 1930	10 Personen,
im Jahre 1931	10 Personen,
im Jahre 1932	7 Personen,
im Jahre 1933	3 Personen.

Aus den für die Jahre 1927—1933 wiedergegebenen Angaben der Reichskriminalstatistik ergibt sich folgendes:

Für die wegen Abtreibung und Tötung der Leibesfrucht § 218 Abs. 1—3 Verurteilten ergibt sich ein Jahresdurchschnitt von 4378, für die wegen gewerbsmäßiger Abtreibung oder Tötung der Leibesfrucht oder Beihilfe zur Abtreibung oder Tötung der Leibesfrucht

gemäß § 218, Abs. 4, Satz 1, 1. Hälfte und Satz 2 Verurteilten ergibt sich ein Jahresdurchschnitt von 177 und bei den wegen Tötung und Abtreibung der Leibesfrucht ohne Einwilligung der Schwangeren durch Dritte Verurteilten ein solcher von 14.

In der Kriminalstatistik sind natürlich nicht alle vorkommenden Abtreibungen erfaßt, da lange nicht alle zur Anzeige gelangen.

Von Freudenberg[28]) werden die Fehlgeburten einschließlich der habituellen und spontanen in Deutschland auf jährlich 400 000 geschätzt. Diese Zahl wurde auch in die Schätzung des Reichsgesundheitsamtes übernommen. Es wurde dabei im Reichsdurchschnitt auf 3 normale Geburten 1 Fehlgeburt gerechnet.

Einen Anhaltspunkt, wieviele aller Aborte als kriminelle aufzufassen sind, gibt uns Liepmann.[29]) Er führt in seinem Buch „Die Abtreibung" auf S. 1 folgendes aus:

„Künstliche und kriminelle Aborte sind solche, die künstlich herbeigeführt werden. Wie selten im großen und ganzen Spontanaborte sind, lehrt folgende Statistik, in der nur die Frauen angeführt sind, die selbst die willkürliche Unterbrechung der Schwangerschaft zugegeben haben. Von 100 Aborten sind nach Angabe der Frauen willkürlich d. h. künstlich herbeigeführt:

Bumm'sche Klinik (Schäfer)	89 %
Münchener Frauenklinik (Nürnberg)	66 %
Hamburger Klinik (Heynemann)	70 %.

In Wirklichkeit dürfte von 100 Aborten nur einer wirklich spontan erfolgen. Der Spontanabort gehört zu den Seltenheiten."

Wenn wir auch auf Grund dieser Berechnungen zu keinen sicheren Zahlenangaben über die Häufigkeit der kriminellen Schwangerschaftsunterbrechungen kommen, so können wir jedoch ahnen, wie viele Frauen jährlich durch einen verbotswidrigen Eingriff in das keimende Leben Schaden erleiden und wieviele entstehende Menschenleben jährlich dem deutschen Volke verloren gehen.

Bei einem Rückblick auf die Ausführungen über die Folgezustände der mechanischen Abtreibungen und Abtreibungsversuche kommen wir zu folgender Zusammenfassung: Nach einer Berechnung der Bumm'schen Klinik wurden 89 % aller Aborte als kriminell

---

Statistik des Deutschen Reiches
Kriminalstatistik f. d. Jahr 1927 Bd. 370, 55a—c, S. 132.
Kriminalstatistik f. d. Jahr 1928 Bd. 384, 55a—c, S. 150.
Kriminalstatistik f. d. Jahr 1929 Bd. 398, 55a—c, S. 36.
Kriminalstatistik f. d. Jahr 1930 Bd. 429, 55a—c, S. 114.
Kriminalstatistik f. d. Jahr 1931 Bd. 433, 55a—c, S. 146.
Kriminalstatistik f. d. Jahr 1932 Bd. 448, 55a—c, S. 76.
Kriminalstatistik f. d. Jahr 1933 Bd. 462, 55a—c, S. 166.

[28]) Freudenberg: Berechnungen über die Häufigkeit der tödlichen Fehlgeburten in Deutschland. Münch. med. Wochenschr. 1932, S. 759.

[29]) Liepmann: Die Abtreibung, eine medizinisch-soziologische Studie in bildlichen Darstellungen für Aerzte, Juristen und Soziologen. Verl. Urban, Schwarzenberg, Berlin, 1927, S. 3.

eingestanden, nach einer Berechnung der Münchener Frauenklinik 66 % und nach einer Berechnung der Hamburger Klinik 70 %. Liepmann schätzt die kriminellen Aborte auf 99 % aller Aborte (S. 31). Die große Zahl der unmittelbaren Folgen schließt sich an die mit der Aborteinleitung verbundenen Komplikationen. Die Spätfolgen lassen sich zurückführen auf Infektionen und Entzündungsprozesse nach einer Schwangerschaftsunterbrechung, ferner auf degenerative Veränderungen in den Genitalorganen und auf die funktionellen Störungen nach einer solchen.

Sehr bemerkenswert ist die Zunahme der kriminellen Aborte in den Nachkriegsjahren. Lönne[30]) konnte feststellen, daß vor dem Kriege auf alle Schwangerschaften etwa 9—10 % Aborte kamen, während diese Zahl in den Nachkriegsjahren auf 30 und 40 % gestiegen ist.

Obwohl die kriminellen Abtreibungen in den Nachkriegsjahren ständig zunahmen, wurde von seiten des Staates wenig unternommen, um Einhalt zu gebieten. Im Gegenteil wurden für die Verbrechen gegen das keimende Leben die im Jahre 1871 vorgesehenen Strafen gemildert. Többen[31]) schreibt in seiner Arbeit „Aerztliche Betrachtungen zur Stellung der Abtreibung im geltenden und werdenden Recht" unter anderem folgendes.

Nach Anführung der alten Abtreibungsparagraphen aus dem Jahre 1871 führt er aus:

„... Die Fruchtabtreibung wurde hiernach also mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren, bei mildernden Umständen mit Gefängnis nicht unter 6 Monaten bestraft. Die Lohnabtreibung, d. h. die Abtreibung gegen Entgelt, wurde mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren, die Abtreibung ohne Einwilligung nicht unter 2 Jahren bestraft. Gegen diese Bestrafung der Abtreibung wurde in den letzten Jahren, besonders nach dem Kriege, von verschiedenen Richtungen angekämpft. Vor allen Dingen waren es die Linksparteien im Reichstag, die entsprechend den Sowjeteinflüssen versuchten, die Paragraphen 218 bis 220 zu stürzen. Auch sonst wurde für eine milde Bestrafung der Abtreibung in Wort und Schrift eifrigst Propaganda gemacht. Unter den sich gegen die bisherige Rechtsordnung wendenden Einflüssen wurde durch das neue Gesetz vom 18. 5. 1926 ein biegsamer Kompromißparagraph geschaffen, der sogenannte neue Paragraph 218:

---

[30]) Lönne, Veröffentl. a. d. Geb. der Med. Verw., Bd. 23, 1926, Heft 1, S. 1—90.

[31]) Többen: „Aerztliche Betrachtungen zur Stellung der Abtreibung im geltenden und werdenden Recht." Deutsche Zeitschr. f. d. ges. ger. Med., Bd. 20, 1933, 3. H., S. 187 ff. ad. 1. „Ueber die Zunahme der Fruchtabtreibungen vom Standpunkt der Volksgesundheit und Rassenhygiene" (Verhandlungen des preußischen Landesgesundheitsrates Nr. 6, 1. Vortrag).

„Eine Frau, die ihre Frucht im Mutterleib oder durch Abtreibung tötet oder die Tötung durch einen anderen zuläßt, wird mit Gefängnis bestraft.

Ebenso wird ein anderer bestraft, der eine Frucht im Mutterleib oder durch Abtreibung tötet.

Der Versuch ist strafbar.

Wer die im Absatz 2 bezeichnete Tat ohne Einwilligung der Schwangeren oder gewerbsmäßig begeht, wird mit Zuchthaus bestraft. Ebenso wird bestraft, wer einer Schwangeren ein Mittel oder Werkzeug zur Abtreibung der Frucht gewerbsmäßig verschafft. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter 3 Monaten ein."

Es tritt also bei der gewöhnlichen Abtreibung die Gefängnisstrafe an Stelle der Zuchthausstrafe. Nur bei Abtreibung ohne Einwilligung und gewerbsmäßiger Abtreibung bleibt die Zuchthausstrafe bestehen. Aber auch hier kann bei mildernden Umständen Gefängnisstrafe eintreten. Eine ganz wesentliche Milderung gegenüber der früheren Fassung von 1871 ist darin zu erblicken, daß nur die „gewerbsmäßige", nicht aber die Abtreibung „gegen Entgelt" mit Zuchthaus bestraft wird. Es kann also eine einmalige Lohnabtreibung, die nicht den Charakter der Gewerbsmäßigkeit hat, nur mit Gefängnis bestraft werden. Die Gefängnisstrafe bei der Abtreibung kann in besonderen Fällen auch in Geldstrafe umgewandelt werden, wenn die Voraussetzungen des Paragraphen 27b R.Str.-G.B. gegeben sind.

Noch weitere Milderungen ermöglichen die Strafgesetzbuchentwürfe von 1927 und 1930, und zwar der Entwurf von 1927 insofern, als vorgesehen wird, daß in besonders leichten Fällen das Gericht, auch wenn die Voraussetzungen des Paragraphen 26 Abs. 3 nicht vorliegen, von Strafe absehen kann. In diesem Zusammenhang sei der Paragraph 26 Abs. 3 eingefügt:

„Konnte der Versuch schon wegen der Art des vom Täter ausersehenen Mittels oder Gegenstandes überhaupt nicht zur Vollendung führen, so kann das Gericht die Strafe nach freiem Ermessen mildern oder von der Strafe absehen.

Der Entwurf aus dem Jahre 1930 bestimmt, daß die Strafbarkeit in zwei Jahren verjährt. Nach diesen Gesetzentwürfen würde also im Gegensatz zu früher die Möglichkeit, in besonders leichten Fällen von Strafe abzusehen, vorhanden sein. Ferner ist im letzten Gesetzentwurf hinzugekommen, daß die Strafbarkeit, wenn es sich nicht um eine gewerbsmäßige oder ohne Einwilligung der Schwangeren vorgenommene Abtreibung handelt, in 2 Jahren verjährt . . ."

Die Stellungnahme des Arztes gegenüber Eingriffen in das keimende Leben ist festgelegt in dem Eid des Hippokrates, dem großen Vorbilde aller Aerzte. Dort findet sich auch der Satz:

„Ich werde gleichfalls nie einer Frau ein Mittel zur Vernichtung des keimenden Lebens geben.

Heilig und rein werde ich meine Kunst bewahren."

In Aerztekreisen war deshalb immer das Bestreben, die Fruchtabtreibung nur für ganz dringende Fälle zuzulassen. In der Standesordnung für die deutschen Aerzte findet sich der Satz: „Es ist Pflicht des Arztes, das keimende Leben zu erhalten, soweit dem nicht lebensgefährliche Zustände der Mutter entgegentreten."

Die Gesinnung deutscher Aerzte in ihrer Stellungnahme gegenüber dem kriminellen Abort kommt in nachfolgender Entschließung zum Ausdruck:[32])

„Die in der deutschen Gesellschaft für Gerichtliche und Soziale Medizin zusammengeschlossenen Hochschullehrer der Gerichtlichen Medizin und Gerichtsärzte, zur Zeit vereinigt zu ihrer 22. Tagung in Hannover, sind auf Grund ihrer Erfahrungen der Anschauung, daß die im R.Str.G. vom 26. 5. 1933[33]) gegebene Neufassung des Paragraphen 219, Abs. 1, den Handel mit Abtreibungsinstrumenten und damit die Weiterverbreitung der Fruchtabtreibungsseuche nicht in der für die Volksgemeinschaft wünschenswerten Weise zu verhindern in der Lage ist. Sie empfehlen daher der Reichsregierung eine Erweiterung dieses genannten Paragraphen in folgendem Sinne:

Alle Instrumente und Apparate, die in der Hand des Laien ihrer Form und Natur nach überhaupt nur zu Abtreibungszwecken verwendet werden, z. B. Gebärmuttersonden, Gebärmutterkanülen oder -röhrchen, halbstarre dünne Katheter, Mutterspiegel, Spülapparate und besonders Ballonspritzen, sowie die bekannten Steriletts verschiedener Gattung, sind dem freien Handel zu entziehen. Sie dürfen nur in den für den Verkauf ärztlicher Instrumente zuständigen Geschäften und in den Apotheken feilgehalten und verkauft werden. Ihre Abgabe darf nur gegen ärztliche Bescheinigung unter Namensangabe der betreffenden Kranken erfolgen; über diese Ausweise und die verkauften Instrumente hat der betreffende Geschäftsinhaber und Apotheker ein Verzeichnis zu führen.

Gegebenenfalls wäre die Anfertigung derartiger, offensichtlich nur zu Abtreibungen bestimmter Instrumente zu verbieten."

---

[32]) Entschließung gegen die Abtreibungsseuche. Münch. Med. Wochenschr. Jg. 1934, Bd. 2, S. 1676.

[33]) § 219, Abs. 1: Wer zu Zwecken der Abtreibung Mittel, Gegenstände oder Verfahren öffentlich ankündigt oder anpreist, oder solche Mittel oder Gegenstände an einem allgemein zugänglichen Orte aufstellt, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Literaturverzeichnis:

Abel, Karl: Deutsche medizinische Wochenschrift, Bd. 58, I. 1932, S. 620—23.

Baß, Franz: Zentralblatt für Gynäkologie. 1927, S. 1119—23.

Bayer, H. v.: Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. 58.

Beaufays, J.: Zentralblatt f. Gynäkologie. Jahrg. 57, 1933, S. 1592 ff.

Benthin: Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes. Jg. 1927, Bd. VII. I. T. S. 599.

Bickenback, W.: Medizinische Klinik, Jg. 1930, Bd. 2. S. 1663—64.

Blaha, J.: Zentralblatt f. Gynäkologie. 1935. Jg. 59. S. 746.

Bublitschenko: Zentralblatt f. Gynäkologie u. Geburtshilfe, Bd. 96, 1934. S. 183—189.

Dietrich: Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes. Jg. 1927, Bd. VII. I. T. S. 601.

Dornedden: Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes, Berlin. Jg. 53/II 1929, S. 680.

Freudenberg: Münch. Mediz. Wochenschrift. 1932. S. 759.

Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes. Verlag Urban & Schwarzenberg. Berlin. Jg. 1927. Bd. VII. I. Teil. S. 583—585 und S. 563—601.

Haselhorst, G.: Archiv für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 134. 1928. S. 561—77.

Hoeslin, H. v.: Münch. Mediz. Wochenschrift, Jg. 75. Nr. 18. S. 764—65. 1928.

Hulst, J. P. L.: Nederlandsch Tijdschr. v. Geneesk. Jg. 70. 1. Hälfte, Nr. 8. S. 768. 1926.

Ickert & Neubelt: Zeitschrift für Medizinalbeamte. Jg. 39/48, 1926. Nr. 15, S. 366—71.

Katz, H.: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. Jg. 1922. Bd. I, S. 601 ff.

Lewin, L.: Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel. Verl.: Georg Stilke, Berlin 1925.

Liepmann: Die Abtreibung. Eine medizinisch soziologische Studie in bildlichen Darstellungen für Aerzte, Juristen und Soziologen. Verl.: Urban & Schwarzenberg, Berlin 1927. S. 1, S. 6 und S. 10.

Lönne: Veröffentl. a. d. Geb. der Medizinalverw. Bd. 23, 1926, Heft 1, S. 1—90.

Mayer, A.: Zentralblatt für Gynäkologie. 1932. Bd. 2, S. 2753—59.

Müller, Fritz: Zentralblatt für Gynäkologie. 1930. Jg. 54. S. 2963.

Polano: Medizinische Wochenschrift. Jg. 73. 1926. S. 1317.

Rosenzweig, G.: Zentralblatt für Gynäkologie. Jg. 1928. S. 3092—94.

Runge, R.: Zentralblatt für Gynäkologie. Jg. 51. 1927. S. 1562.

Schneider, H.: Med. Klinik. Jg. 23, 1927. I. Bd. Nr. 24. S. 909—10.

Stieglbauer, Rud.: Wiener klin. Wochenschrift. Jg. 1934. 1. Bd. S. 323—27.

Többen, H.: Deutsche Zeitschr. für die gesamte gerichtliche Medizin. Bd. 20, 1933, 3. H. S. 187 ff.
Völkers: Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtl. Medizin. Bd. 8. 1926. S. 202 ff.
Zacherl, H. u. Richter, W.E.: Wiener klin. Wochenschrift. Jg. 1934. 1. Bd. S. 417—20.

Zum Schlusse gestatte ich mir, Herrn Professor Dr. med. Többen für die gütige Ueberlassung des Themas sowie für die liebenswürdige Unterstützung und Förderung der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf:

Ich, Alfons Graßl, wurde am 21. September 1907 in Deggendorf an der Donau als Sohn der Gerbereibesitzerseheleute Georg und Maria Graßl geboren. Nach 5jährigem Besuch der dortigen Volksschule kam ich im Jahre 1918 zum humanistischen Gymnasium in Metten an der Donau, wo ich im April 1927 das Reifezeugnis erhielt. Mein medizinisches Studium begann ich an der Universität Würzburg; dort legte ich auch die ärztliche Vorprüfung ab. Meine klinischen Semester belegte ich in München. Das ärztliche Staatsexamen begann ich am 17. Oktober 1932 und konnte es am 21. Dezember 1932 abschließen.

Meine Assistentenjahre verbrachte ich in Bremerhaven, in Essen und in Recklinghausen und arbeitete vorwiegend in der inneren Klinik, außerdem auch auf Gynäkologischen und Chirurgischen Abteilungen.